







DOI 10.22363/2313-1683-2021-18-4-869-892

УДК 159.9.07

Исследовательская статья

Психологические особенности и качество жизни пациентов с опухолями уrogenитальной сферы: результаты пилотажного исследования на российской выборке

О.Ю. Щелкова^{1,2}, Е.Б. Усманова³, М.В. Яковлева¹✉,
В.Б. Матвеев³, О.А. Халмурзаев³, А.А. Яцевич⁴

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Российская Федерация, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

³Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Российская Федерация, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24

⁴Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,

Российская Федерация, 119991, Москва, Ленинские горы, д. 1

✉ m.v.yakovleva@spbu.ru

Аннотация. Степень изученности психологических аспектов отдельных онкологических заболеваний различна: исследования больных раком полового члена (РПЧ) в отечественной литературе практически не представлены. Цель настоящего пилотажного исследования – изучение психологических особенностей и качества жизни больных РПЧ для дальнейшей организации психологической помощи. Исследовано 17 мужчин (средний возраст $49,0 \pm 3,76$ лет), находящихся на лечении в НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина. Комплекс методов психологической диагностики составили «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), опросники «Большая пятерка» (BigV), «Способы совладающего поведения» (ССП), «Смыслжизненные ориентации» (СЖО), «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30). Общее состояние пациента оценивалось по шкале D.A. Karnofsky; также проводилось специально разработанное клинико-психологическое структурированное интервью. Эмоциональное состояние большинства мужчин, страдающих РПЧ, характеризуется отсутствием выраженной тревоги и депрессии. Преобладают лица целеустремленные, организованные, эмоционально устойчивые, несклонные к формированию доверительных отношений. У них отмечается общий высокий уровень осмысленности жизни, нормативный уровень интернальности личности и снижение показателя «Цели в жизни». Поведение пациентов в меньшей степени, чем здоровых, направлено на активное и сознательное преодоление стресса. Субъективная оценка общего уровня качества жизни, связанного со здоровьем, а также оценки отдельных его параметров (когнитивная, физическая, эмоциональная активность) в группе больных имеют высокие значения,

© Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Яковлева М.В., Матвеев В.Б., Халмурзаев О.А., Яцевич А.А., 2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

превосходящие значения пациентов с другой локализацией онкологического процесса и не соответствующие клинической оценке их состояния. Качество жизни в условиях онкологического заболевания, тесно связанного не только с витальной угрозой, но и глубинными личностными переживаниями, в том числе переживанием собственной мужской идентичности, во многом определяется особенностями ценностно-смысловой сферы личности.

Ключевые слова: онкопсихология, рак полового члена, качество жизни, психологический профиль больного, тревога и депрессия, ценностно-смысловая сфера личности

Введение

В настоящее время в связи с развитием биопсихосоциального подхода к пониманию здоровья и болезни человека и персонализированного подхода к диагностике и лечению больных увеличивается число исследований психологических особенностей, социальных позиций и качества жизни пациентов различных клиник. В русле этих тенденций возникла и активно развивается онкопсихология. Как отмечает профессор А.М. Беляев (2017) в предисловии к наиболее полному руководству по онкопсихологии, основанием этого являются: 1) мультидисциплинарный подход к лечению онкологического больного, включающий как обязательный компонент психологическую реабилитацию в связи с тем, что злокачественное заболевание несет в себе угрозу травматизации и психической дезадаптации; 2) внедрение в клиническую практику высокотехнологичных методов лечения, которые создают возможность не только продления жизни онкологических больных, но и существенного улучшения ее качества.

Психологические исследования активно проводятся в разных областях онкологии, однако степень изученности психологических аспектов отдельных онкологических заболеваний различна. Так, в отличие от хорошей изученности социальных, индивидуально-психологических характеристик, эмоционального состояния и аффективных нарушений (Генс и др., 2018; Чулкова и др., 2018; Arden-Close et al., 2008; Mielcarek et al., 2016; Roberts et al., 2019), а также качества жизни (Олейникова и др., 2017; Белозёр и др., 2019; Усманова и др., 2020; Sekse et al., 2015; Ahmed-Lecheheb, Joly, 2016; Hwang et al., 2016) женщин с онкогинекологической патологией, число психологических исследований мужчин с онкологическим поражением уrogenитальной и репродуктивной сфер крайне ограничено, и в основном они касаются больных раком простаты (Вагайцева, 2017; Houédé et al., 2020); а психологические исследования больных раком полового члена (РПЧ) в отечественной литературе практически не представлены.

В ряде зарубежных исследований показано, что РПЧ связан с резким снижением качества жизни, сексуальной функции и психологическими проблемами, его сопровождающими (Coba, Patel, 2021). При этом в большинстве работ показано решающее значение характера хирургической операции для дальнейшего психологического благополучия и качества жизни больных. Так, в работе J. Kieffer с соавт. (2014) при исследовании 90 больных РПЧ выявлено, что мужчины, перенесшие частичную пенэктомия, имеют большее количество физических и психологических проблем, чем пациенты, которым

была проведена органосохраняющая операция. При использовании опросника качества жизни SF-36 выборка больных РПЧ существенно отличалась от нормативной выборки по параметрам физического состояния ($p = 0,044$) и телесной боли ($p < 0,001$).

В исследовании R. Sosnowski с соавт. (2018) пациентов, перенесших органосохраняющую операцию на половом члене ($n = 13$) или частичную пенэктомии ($n = 27$), изучались характеристики сексуальности, самооценки, маскулинности с помощью релевантных методов (международного индекса эректильной функции, шкалы самооценки и опросника соответствия нормам маскулинности). Выявлено, что мужчины, подвергшиеся менее калечащему хирургическому лечению, имели значительно более высокое ощущение собственной мужественности, чем те, кто подвергся частичной пенэктомии ($p = 0,05$), в то время как существенных различий в эректильной функции и самооценке между сравниваемыми группами не отмечалось; уровень агрессивности хирургической процедуры был предиктором чувства мужественности ($p = 0,01$), но не был связан с самооценкой и сексуальной дисфункцией: 83 % пациентов обеих групп смогли удовлетворительно поддерживать партнерские отношения.

Очевидно, что результаты подобных исследований могут составить основу для целенаправленной психологической помощи и оптимизации качества жизни больных РПЧ. Это определило цель и конкретные задачи настоящего пилотажного исследования.

В связи с вышеизложенным была сформулирована **цель пилотажного исследования**: изучение психологических особенностей и качества жизни больных РПЧ. **Задачи** исследования – в группе больных РПЧ диагностировать и оценить: 1) особенности эмоционального состояния; 2) базисные черты личности; 3) основные когнитивно-поведенческие стратегии и личностные ресурсы преодоления стресса болезни; 4) основные параметры качества жизни, связанного со здоровьем.

Процедура и методы исследования

Методики исследования

В соответствии с задачами исследования для определения психологических особенностей и качества жизни больных РПЧ использовался комплекс психодиагностических методик.

1. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983; Андрющенко и др., 2003) является симптоматическим экспресс-диагностическим опросником, направлена на определение выраженности симптомов тревоги и депрессии в структуре актуального эмоционального состояния. Шкала состоит из двух независимых субшкал: тревоги и депрессии; итоговая оценка по каждой субшкале имеет три градации: отсутствие признаков тревоги/депрессии; субклинически выраженная тревога/депрессия; клинически выраженная тревога/депрессии. Диапазоны градаций итоговых оценок приведены в табл. 1.

2. Личностный опросник «Большая пятерка» (BigV) (Первин, Джон, 2001) направлен на выявление пяти глобальных факторов личности и, соответственно, включает пять биполярных шкал.

Шкала «Экстраверсия» измеряет широту и интенсивность межличностных контактов, уровень активности, оптимизма, потребность во внешней стимуляции, эмоциональную откликаемость.

Шкала «Самосознание» измеряет степень организованности, дисциплинированности, целеустремленности, требовательности к себе, аккуратности, а также – настойчивости и честлюбия.

Шкала «Сотрудничество» отражает качество межличностных контактов, характер отношения человека к другим людям в континууме от доброжелательности, открытости, доверия, теплоты до враждебности, циничности, манипулятивности.

Шкала «Эмоциональная стабильность» измеряет степень эмоциональной возбудимости и неустойчивости, фрустрационной толерантности, тревожности и неуверенности в себе.

Шкала «Личностные ресурсы» отражает наличие (отсутствие) стремления к самосовершенствованию, поиску нового опыта, широту интересов, оригинальность подходов к решению обычных жизненных задач.

Опросник BIG V адаптирован с получением нормативных значений на отечественной выборке Д.П. Яничевым (2006) (табл. 2); автором также обозначены диапазоны значений шкальных оценок (низкое, ниже среднего, среднее и т. д., указанные в табл. 3). Это позволило в настоящем исследовании сравнить показатели пациентов с нормативными данными.

3. Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) направлен на выявление способов психологического преодоления (совладания) стрессовых и проблемных для личности ситуаций (Вассерман и др., 2014). Методика СПП является адаптированным (с получением нормативных данных на отечественной выборке) вариантом опросника «Способы копинга» (The Ways of Coping Questionnaire – WOSQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман, в основу которого положена разработанная авторами когнитивная теория стресса и копинга. Как оригинальный, так и адаптированный (ССП) опросники содержат 8 шкал, соответствующих основным копинг-стратегиям, выделенным авторами теории стресса и копинга.

Шкала «Конфронтация» выявляет попытки разрешения проблемы за счет неконструктивной аффективной активности, направленной либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями.

Шкала «Дистанцирование» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

Шкала «Самоконтроль» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения.

Шкала «Поиск социальной поддержки» выявляет попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки.

Шкала «Принятие ответственности» предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение.

Шкала «Бегство – избегание» выявляет тенденцию преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения.

Шкала «Планирование решения проблемы» выявляет попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Шкала «Положительная переоценка» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Результаты исследования с помощью методики ССП выражаются в стандартизованных Т-баллах при среднем значении $M = 50$ и стандартном отклонении $\delta = 10$, что позволило в настоящем исследовании провести сопоставление «профилей» ССП больных РПЧ с нормативным «профилем» (табл. 4).

4. Тест-опросник «Смысложизненные ориентации» (СЖО) (Леонтьев, 2006) применяется для выявления ценностно-мотивационной направленности личности, которая непосредственно связана с осознанием смысла собственной жизни, а также для выявления личностных ресурсов преодоления жизненных трудностей («внутренних» копинг-ресурсов). В соответствии с этим методика СЖО содержит две группы шкал. В первую группу входят шкалы, отражающие смысложизненные ориентации, которые соотносятся с временной перспективой: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее) и удовлетворенность самореализацией, или «результативность» жизни (прошлое). Во вторую группу входят шкалы, характеризующие внутренний локус контроля (интернальность личности), с которым осмысленность жизни тесно связана. Результат исследования выражается в шести показателях: общем показателе смысложизненных ориентаций и показателях пяти шкал.

Шкала «Цели» характеризует наличие или отсутствие целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Шкала «Процесс» отражает то, насколько испытуемый воспринимает процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.

Шкала «Результат» отражает субъективную оценку осмысленности и продуктивности пройденного отрезка жизни, удовлетворенность самореализацией.

Шкала «Локус контроля – Я» отражает ощущение свободы выбора, способности строить свою жизнь в соответствии с собственными целями и представлениями о ее смысле, способности влиять на ход собственной жизни и ответственности за все значимые события.

Шкала «Локус контроля – жизнь» отражает степень уверенности в принципиальной возможности человека самостоятельно осуществлять жизненный выбор, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Автором методики СЖО получены статистические характеристики (средние значения и стандартные отклонения) шкальных оценок на норма-

тивной выборке мужчин (Леонтьев, 2006). С этими характеристиками в настоящем исследовании сравнивались данные, полученные на выборке больных РПЧ (табл. 5).

5. Для изучения качества жизни больных РПЧ использовался «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), разработанный Группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (European Organization for Research and Treatment Cancer, EORTC) (Fayers et al., 2001) и апробированный во многих международных (McKenzie, Pol, 2009), а также в отечественных (Щелкова, Усманова, 2015) исследованиях. Опросник включает 30 вопросов и состоит из шкалы «Общая оценка качества жизни, связанного со здоровьем», пяти функциональных шкал («Физическая активность», «Ролевая активность», «Эмоциональная активность», «Когнитивная активность», «Социальная активность», трех симптоматических шкал: («Слабость», «Тошнота/рвота», «Боль») и шести одиночных пунктов (одышка, нарушение сна, потеря аппетита, констипация, диарея, финансовые затруднения). Шкалы опросника имеют разную направленность: в функциональных шкалах более высокая оценка соответствует более высокому уровню качества жизни; в симптоматических шкалах и одиночных пунктах, напротив, более высокому уровню качества жизни соответствует меньшая шкальная оценка. Во всех случаях максимальная оценка равна 100 баллам.

6. Для субъективной оценки болевых ощущений использовалась 10-градусная визуально-аналоговая шкала интенсивности боли VAS Pain (Scott, Huskisson, 1976). Для объективной врачебной оценки выраженности болевого синдрома использовалась пятибалльная шкала (0–4), предложенная R.G. Watkins et al. (1986). Общее состояние пациента (от 10 до 100 баллов: от «очень тяжелое состояние» до «признаков заболевания и жалоб нет») оценивалось по шкале, предложенной D.A. Karnofsky (1949). Для получения социально-демографических характеристик пациентов и сведений об образе жизни до заболевания использовалось специально разработанное клинико-психологическое структурированное интервью.

Все изученные характеристики больных и психометрические показатели фиксировались в информационной карте, содержащей 97 признаков. **Математико-статистическая обработка** данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и Excel XP. Различия количественных показателей психодиагностических методик с нормативными тестовыми показателями определялись с помощью одновыборочного Т-критерия; был проведен также частотный анализ номинативных признаков.

Характеристика выборки

С помощью методов психологической диагностики исследовано 17 мужчин (средний возраст $49,0 \pm 3,76$ лет, возрастной диапазон – от 25 до 71 года), находящихся на лечении в Онкологическом отделении хирургических методов лечения № 4 (онкоурология) НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина.

Социально-демографические характеристики. В группе исследованных больных РПЧ преобладают лица с высшим (47,1 %) и средним специальным (41,2 %) образованием, имеющие в момент поступления в онкоста-

ционар постоянную работу (76,5 %), состоящие в устойчивых семейных отношениях (64,7 %) и воспитывающие детей (70,6 %). Большинство пациентов (70,6 %) не имеет инвалидности; утратили работоспособность в связи с основным заболеванием 23,5 % больных (5,9 % имеют I группу инвалидности, 17,6 % – II группу). 82,4 % больных постоянно проживают в городе.

Характеристики образа жизни, связанные со здоровьем. Постоянно курят 47,1 % пациентов, их стаж курения составил в среднем $46,6 \pm 15,5$ месяцев (диапазон от 6 до 150 месяцев). Частота употребления алкоголя: не употребляют – 23,5 %; употребляют редко (примерно 1 раз в 2 месяца) – 47,1 %; употребляют умеренно (примерно 1 раз в 2 недели) – 17,6 %; употребляют часто (1 и более раз в неделю) – 5,9 % пациентов.

Средний возраст начала половой жизни – $17,9 + 0,4$ лет; количество половых партнеров в течение жизни: менее 6 – у 29,4 %; от 6 до 10 – у 35,3 %; более 10 – у 35,3 % пациентов. Барьерную контрацепцию до брака не использовали 41,2 % пациентов; использовали не при каждом половом акте 23,5 %; использовали при каждом половом акте 29,4 % пациентов. Заболевания, передающиеся половым путем, не переносили 52,9 % пациентов; в анамнезе у 5,9 % – сифилис; у 11,8 % – хламидиоз; у 11,8 % – гепатит С; у 11,8 % – несколько таких заболеваний.

Клинические характеристики. Всем исследованным больным был поставлен диагноз РПЧ. По локализации преобладал рак головки полового члена (41,2 %) и рак крайней плоти (11,8 %); у 5,9 % больных поражение выходило за пределы одной зоны.

Впервые обратились за помощью к онкологу 23,5 % исследованных мужчин; среднее время от начала появления симптомов $32,0 \pm 12,7$ месяцев; у 11,8 % больных отмечался рецидив через 6 месяцев после перенесенной операции по удалению опухоли; у 11,8 % выявлены метастазы в период до 6 месяцев после хирургической операции; при этом от постановки диагноза до появления метастазов проходило в среднем $4,5 \pm 2,7$ месяца. 70,6 % пациентов получали химиотерапию, после которой прогрессирование заболевания отмечено у 5,9 % пациентов.

По характеру проведенного хирургического лечения больные распределились следующим образом: циркумцизия – 5,9 %; глансэктомия – 11,8 %, частичная ампутация полового члена – 11,8 %; ампутация полового члена с уретропластикой – 17,6 %; лимфодиссекция проведена 41,1 % больным. Послеоперационные осложнения отмечены у 23,5 % больных.

Средняя субъективная оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале VAS Pain до хирургического лечения составила $3,0 \pm 1,0$ баллов. Средняя экспертная оценка (врачом) выраженности болевого синдрома по шкале Watkins составила $2,0 \pm 0,6$ баллов. Средняя оценка общего состояния пациентов до хирургического лечения по 100-балльной шкале Karnofski составила $63,3 \pm 17,6$ баллов.

Приверженность лечению. С помощью структурированного интервью были проанализированы важные психосоциальные компоненты лечения – комплаентность пациента и взаимоотношения с лечащим врачом. Результаты частотного анализа показали, что большинство пациентов полностью

проходят весь цикл назначенных обследований (88,2 %), строго следуют назначениям врача, касающимся лекарственного лечения (52,9 %) и образа жизни (76,5 %), активно интересуются информацией о своей болезни, прогнозе, методах лечения (76,5 %); имеют доверительные отношения с врачом (76,5 %). Комплаентное отношение к лечению распространилось и на психологическое исследование, перед проведением которого от каждого пациента было получено информированное согласие.

Результаты психологического исследования

Эмоциональное состояние

Согласно результатам исследования больных РПЧ с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), среднегрупповой показатель выраженности тревоги составил $6,25 \pm 1,05$, что соответствует отсутствию выраженных симптомов этого эмоционального состояния. Средний показатель выраженности симптомов депрессии составил $4,56 \pm 0,66$, что соответствует отсутствию выраженных симптомов депрессии.

В то же время у ряда пациентов психометрические показатели тревоги и депрессии выходили за пределы нормативных значений. В связи с этим был проведен частотный анализ встречаемости отдельных уровней тревоги и депрессии. Процентное распределение различных уровней выраженности тревоги и депрессии в группе больных РПЧ представлено в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1

Распределение частоты встречаемости различных уровней выраженности тревоги и депрессии в группе больных РПЧ / Distribution of various levels of anxiety and depression in the group of patients with penile cancer

Шкала методики HADS / Scales of HADS	Тревога (уровень) / Anxiety (level)			Депрессия (уровень) / Depression (level)		
	Отсутствует / Normal	Субклинический / Borderline	Клинический / Abnormal	Отсутствует / Normal	Субклинический / Borderline	Клинический / Abnormal
Уровень выраженности / Level						
Процент обследованной группы / Percentage in the group	58,8 %	29,4 %	11,8 %	76,5 %	23,5 %	0,0 %

Приведенные в табл. 1 данные показывают, что у большинства пациентов в период нахождения в стационаре отсутствовали отчетливые признаки аффективных расстройств. В то же время на субклиническом уровне почти у трети отмечались признаки тревоги: общая психическая напряженность, беспокойство, озабоченность, ощущение неясной угрозы, надвигающейся опасности, имеющие преходящий характер; пациенты успокаивались после беседы с лечащим врачом или психологом. У 11,8 % симптомы тревоги требовали медикаментозной и психологической коррекции (были выражены на клиническом уровне).

Признаков клинически выраженной депрессии не было выявлено ни у одного пациента. В то же время субклинические симптомы проявились почти

у четверти исследованных больных РПЧ: ощущение подавленности, психологического дискомфорта, неуверенность в себе, в устойчивости межличностных отношений и в будущем, пониженная самооценка, некоторые астенические проявления и психастенические затруднения в ситуации выбора, в отдельных случаях – чувство вины и пессимистическая оценка перспективы.

Базисные черты личности

Определение базисных черт личности осуществлялось с помощью опросника «Большая пятерка» (Big V). Анализ полученных данных включал несколько этапов.

В табл. 2 приведены результаты первого этапа анализа, а именно: статистические характеристики шкал тест-опросника Big V в группе больных в сопоставлении с нормативными данными, полученными автором адаптации методики на российской нормативной выборке, позволяющими приписать шкальным оценкам больных РПЧ значение (низкое, ниже среднего, среднее, выше среднего, высокое) в соответствии с распределением таких оценок в отечественной выборке (Яничев, 2006).

Таблица 2 / Table 2

Описательная статистика шкальных оценок методики Big V в группе больных РПЧ (N = 17) и здоровых (N = 131) / M, δ , and T-test for the Big V scales in patients with penile cancer (N = 17) and in healthy people (N = 131)]

Шкалы методики Big V / Big V scales	РПЧ / Penile cancer		Норма / Healthy		Т-тест / T-test	Уровень значимости / p-value
	M (level)	δ	M (level)	δ		
Экстраверсия / Extraversion	27,25 (средний / average)	5,71	27,9 (средний / average)	4,5	-0,455	0,655
Самосознание, организованность / Conscientiousness	30,13 (средний / average)	4,59	26,6 (средний / average)	5,7	3,073	0,008
Сотрудничество, готовность к согласию / Agreeableness	31,94 (средний / average)	4,09	32,9 (средний / average)	3,4	-0,941	0,361
Эмоциональная стабильность / Emotional stability (Neuroticism)	27,13 (средний / average)	6,65	24,4 (средний / average)	5,5	1,589	0,133
Личностные ресурсы / Openness	27,94 (ниже среднего / below average)	6,64	31,0 (средний / average)	4,3	-1,843	0,085

Примечание: представлено соотношение шкальных значений пациентов с нормативными данными, полученными на отечественной нормативной выборке (n = 131 человек) (Яничев, 2006).

Note: The ratio of the scale values of patients with the normative data obtained on the national sample (n = 131 people) is presented (Yanichev, 2006).

Высоко статистически значимые различия между средними оценками больных РПЧ и нормативной выборкой получены по шкале «Самосознание, организованность», причем этот показатель в группе больных оказался существенно выше по сравнению со здоровыми. Это свидетельствует о том, что пациенты в большей степени оценивают себя как людей целеустремлен-

ных, организованных, дисциплинированных, ответственных, склонных добиваться поставленной цели, не подвергаясь влиянию сбивающих факторов («полнезависимые»). Важно отметить, что, несмотря на статистически значимые различия показателей шкалы «Самосознание, организованность», эти показатели в обеих группах относятся к «средним» значениям.

По-другому выглядит соотношение шкальных оценок по шкале «Личностные ресурсы», различия между которыми приближаются к уровню статистической значимости ($0,05 < p < 0,1$): этот показатель выше в группе здоровых, соответствует «среднему значению», в то время как показатель больных РПЧ имеет значение «ниже среднего». Полученные данные свидетельствуют о том, что по сравнению со здоровыми лицами исследованные больные менее креативны, оригинальны, менее заинтересованы в самосовершенствовании и в получении нового опыта, знаний, менее толерантны к новому, непривычному и, напротив, имеют более «приземленный» характер мышления и потребностей, большую приверженность стереотипам и условностям; круг интересов ограничен жизненными, а не абстрактными вопросами.

На следующем этапе, как в случае показателей методики HADS, был проведен анализ встречаемости отдельных уровней выраженности базисных черт личности. Вычислялся процент встречаемости каждого уровня по каждой шкале. Результаты частотного анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3 / Table 3

Распределение шкальных оценок методики Big V по уровням выраженности базисных черт личности больных РПЧ, % / Distribution of the Big V values in the patients with penile cancer according to the normative values of basic personality traits, %

Шкалы методики Big V / Big V scales	Значения шкальных оценок / Scale values				
	Низкие / Low	Ниже среднего / Below average	Средние / Average	Выше среднего / Above average	Высокие / High
Экстраверсия / Extraversion	11,8	47,1	11,8	23,5	5,9
Самосознание / Conscientiousness	5,9	5,9	52,9	23,5	11,8
Сотрудничество / Agreeableness	23,5	17,6	41,2	5,9	11,8
Эмоциональная стабильность / Emotional stability (Neuroticism)	5,9	11,8	35,3	35,3	11,8
Личностные ресурсы / Openness	11,8	52,9	17,6	5,9	11,8

Данные табл. 3 показывают, что по шкале «Экстраверсия» процент пациентов, имеющих невысокую шкальную оценку (значения «ниже среднего» и «низкое»), выше, чем процент пациентов, имеющих оценку, превосходящую средние значения («выше среднего» и «высокие»). Это свидетельствует о том, что в исследованной группе преобладают лица с интровертированной направленностью личности. Такая же, но менее выраженная тенденция отмечается в отношении показателей шкалы «Сотрудничество», что свидетельствует о неготовности этих пациентов к доверительным отношениям с окружающими, к активной кооперации и дружественному взаимодействию; им скорее свойственна индивидуалистичность и настороженное отношение

к людям. По шкале «Эмоциональная стабильность» значительный процент исследованных больных РПЧ имеет значения показателя «выше среднего» и «высокое», что отражает невысокий уровень нейротизма, тревожности, эмоциональной неустойчивости и возбудимости, толерантность к эмоциональным нагрузкам. Анализ процентного распределения оценок по шкалам «Самосознание» и «Личностные ресурсы» подтверждает результаты сравнительного анализа показателей больных РПЧ и нормативной выборки (табл. 2).

Копинг-стратегии. В табл. 4 приведены статистические характеристики шкал тест-опросника «Способы совладающего поведения» (ССП) в группе больных РПЧ в сопоставлении с нормативными данными, полученными авторами адаптации методики на выборке российских мужчин с учетом возрастного диапазона (Вассерман и др., 2014).

Таблица 4 / Table 4

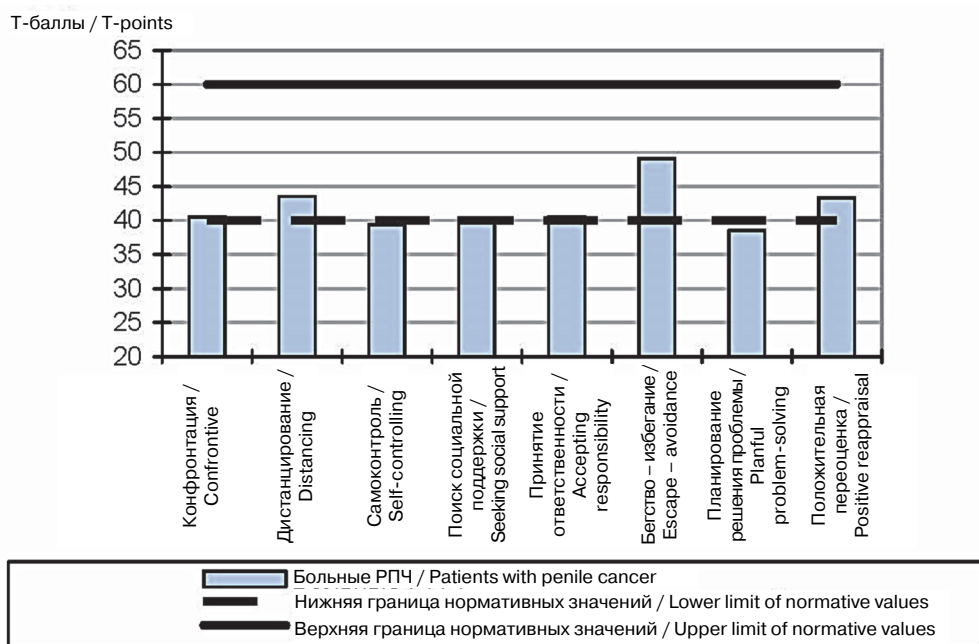
**Описательная статистика шкальных оценок методики ССП
в группе больных РПЧ (N = 17) и здоровых мужчин (N = 639) /
M, δ , and T-test for the WCQ values
in patients with penile cancer (N = 17) and in healthy men (N = 639)]**

Шкалы методики ССП / WCQ scales	РПЧ / Penile cancer		Норма / Healthy		Т-тест / T-test	Уровень значимости / p-value
	M	δ	M	δ		
Конфронтация / Confrontive	40,53	13,87	50,0	10,0	-2,815	0,012
Дистанцирование / Distancing	43,53	15,64	50,0	10,0	-1,706	0,107
Самоконтроль / Self-controlling	39,41	18,51	50,0	10,0	-2,359	0,031
Поиск социальной поддержки / Seeking social support	40,41	17,39	50,0	10,0	-2,273	0,037
Принятие ответственности / Accepting responsibility	40,47	12,98	50,0	10,0	-3,028	0,008
Бегство – избегание / Escape – avoidance	49,06	12,68	50,0	10,0	-0,306	0,764
Планирование решения проблемы / Planful problem-solving	38,53	16,90	50,0	10,0	-2,798	0,013
Положительная переоценка / Positive reappraisal	43,35	14,03	50,0	10,0	-1,953	0,069

Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия по 5 из 8 шкал опросника ССП, что в целом отражает существенное различие копинг-поведения больных РПЧ и здоровых мужчин. При этом частота использования различных стратегий преодоления стресса в группе пациентов снижена. Так, больные РПЧ реже, чем здоровые, используют активную наступательную тактику с возможностью эмоциональной несдержанности и агрессивности при столкновении с трудностями («Конфронтация»); реже контролируют характер своего эмоционального реагирования на стресс и подавляют нежелательные его проявления («Самоконтроль»); реже обращаются за помощью к социальному окружению, уменьшая тем самым возможность использования внешнего ресурса для преодоления стрессовой ситуации («Поиск социальной поддержки»); реже способны увидеть свою роль в

возникновении и возможности преодоления стрессовой (трудной, конфликтной) ситуации («Принятие ответственности»); меньше способны к обдумыванию сложной ситуации и путей выхода из нее, то есть к проблемному анализу («Планирование решения проблемы»). Важно отметить, что различия между группой больных РПЧ и выборкой здоровых мужчин получены по 4-м из 5 шкал, отражающим конструктивный копинг, и лишь по 1 шкале, отражающей неконструктивную стратегию совладания со стрессом («Конфронтация»).

На рисунке представлено сопоставление шкальных оценок методики ССП в группе больных РПЧ («профиль» совладающего поведения) и обозначены границы нормативного диапазона.



Шкальные оценки методики ССП в группе больных РПЧ в соотношении с нормативными значениями The WCQ values in the group of patients with penile cancer, and upper and lower limits of normative values

Рисунок позволяет увидеть, что большинство шкал, составляющих «профиль» копинг-поведения больных, располагается ниже средненормативного уровня (50 T-баллов), а две шкалы («Самоконтроль» и «Планирование решения проблемы») приближаются к условной нижней границе нормативного диапазона (40 T-баллов) и даже переходят ее. Как отмечалось, это свидетельствует об общем невысоком уровне использования сознательно выбранных способов совладания со стрессом в группе больных РПЧ по сравнению со «средней нормой».

Анализ структуры совладающего поведения больных РПЧ показывает, что ведущей шкалой «профиля» является шкала «Бегство – избегание», отражающая малопродуктивные попытки преодоления личностью трудных жизненных ситуаций и негативных переживаний путем отрицания проблемы, отвлечения, уклонение от ответственности, пассивность, а также путем погружения в мир фантазий или приема алкоголя. Необходимо еще раз под-

черкнуть, что, хотя эта стратегия является наиболее выраженной в структуре копинга больных РПЧ, соответствующая ей шкальная оценка находится на уровне средненормативного значения (50 Т-балов).

Второй по значимости в «профиле» совладающего поведения больных РПЧ является стратегия «Дистанцирование», которую авторы методики также относят к неконструктивным, малоадаптивным стратегиям; она предполагает когнитивные попытки обесценивания трудной ситуации с риском недооценки ее важности и последствий.

Наименее предпочитаемыми стратегиями копинга в группе исследованных пациентов являются потенциально конструктивные стратегии «Самоконтроль» и «Планирование решения проблемы», предполагающие сознательный и волевой контроль эмоций в стрессовых ситуациях, а также способность к продуманному рациональному (не аффективно обусловленному) способу их разрешения.

Личностные копинг-ресурсы. В табл. 5 приведены статистические характеристики шкал тест-опросника «Смысложизненные ориентации» (СЖО) в группе больных РПЧ в сопоставлении с нормативными данными, полученными авторами адаптации методики на выборке российских мужчин (Леонтьев, 2006). 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).

Таблица 5 / Table 5

Описательная статистика шкальных оценок методики СЖО в группе больных РПЧ (N = 17) и здоровых мужчин (N = 100) / M, δ , and T-test for the Purpose in Life Test (PIL) scales in patients with penile cancer (N = 17) and in healthy men (N = 100)]

Шкалы методики СЖО / PIL scales	РПЧ / Penile cancer		Норма / Healthy		Т-тест / T-test	Достоверность различий / Significance of differences
	M	δ	M	δ		
Цели в жизни / Meaning of life	29,81	4,66	32,90	5,92	-2,647	0,018
Процесс жизни / Fullness of life	31,50	6,25	31,09	4,44	0,262	0,797
Результативность жизни / Life satisfaction	27,56	5,76	25,46	4,30	1,460	0,165
Локус контроля – Я / Locus of control	22,81	4,13	21,13	3,85	1,628	0,124
Локус контроля – жизнь / Controllability of life	30,81	7,29	30,14	5,80	0,369	0,717
Осмысленность жизни (общий показатель) / General PIL index	139,64	27,02	103,10	15,03	4,484	0,001

Статистически значимые различия получены по шкале «Цели в жизни» и по общему показателю осмысленности жизни (ОЖ). При этом показатель шкалы «Цели в жизни» в группе пациентов оказался статистически значимо меньше, чем соответствующий показатель в группе здоровых мужчин. В то же время показатель ОЖ в группе пациентов высоко статистически значимо превосходит соответствующий нормативный показатель. Такое соотноше-

ние показывает, что в силу сложившейся жизненной ситуации, связанной с болезнью, большинство пациентов не может формировать конкретные цели и планы на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу; как отмечает автор методики, сниженные показатели шкалы «Цели в жизни» даже при общем высоком уровне ОЖ «присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем» (Леонтьев, 2006. С. 8).

В то же время общий показатель осмысленности жизни включает значения не только шкал, связанных с временной перспективой, но и шкал, отражающих локус контроля личности над значимыми жизненными ситуациями. Показатели этих шкал («Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь») в группе больных РПЧ не отличаются от нормативных значений и отражают достаточную степень интернальности личности, то есть способности строить свою жизнь в соответствии с собственными целями и представлениями о ее смысле, самостоятельно осуществлять жизненный выбор, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, а также нести за них ответственность.

Качество жизни в условиях онкологического заболевания. В табл. 6 приведены результаты изучения основных параметров качества жизни больных РПЧ с помощью «Специализированного опросника качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30).

Таблица 6 / Table 6

Описательная статистика основных параметров качества жизни больных РПЧ / M and δ , for the main parameters of quality of life in the patients with penile cancer

Шкалы опросника QLQ-C30 / QLQ-C30 scales		M	δ
QL-2	Общая оценка качества жизни / Global health status	61,98	20,63
<i>Функциональные шкалы / Functional scales</i>			
PF-2	Физическая активность / Physical functioning	81,25	24,73
RF-2	Ролевая активность / Role functioning	77,08	32,13
EF	Эмоциональная активность / Emotional functioning	80,73	20,57
CF	Когнитивная активность / Cognitive functioning	88,54	18,97
SF	Социальная активность / Social functioning	72,91	32,13
<i>Симптоматические шкалы / Symptom scales</i>			
FA	Слабость / Fatigue	38,89	30,09
NV	Тошнота и рвота / Nausea and vomiting	10,42	20,07
PA	Боль / Pain	31,25	30,96
DY	Одышка / Dyspnoea	22,92	23,47
SL	Нарушения сна / Insomnia	20,83	31,91
AP	Потеря аппетита / Appetite loss	20,83	31,91
CO	Констипация / Constipation	2,08	8,33
DI	Диарея / Diarrhoea	8,33	14,91
FI	Финансовые затруднения / Financial difficulties	27,08	30,35

Примечание: шкалы опросника QLQ-C30 нормированы; максимальная оценка по каждой шкале – 100. Шкалы имеют разную направленность: в функциональных шкалах более высокая оценка соответствует более высокому уровню качества жизни в условиях болезни; в симптоматических шкалах и одиночных пунктах, напротив, более высокому уровню качества жизни соответствует меньшая шкальная оценка.

Note: The QLQ-C30 questionnaire scales are normalized; the maximum score on each scale is 100. The scales have a different orientation: in functional scales, a higher score corresponds to a higher level of quality of life; in symptomatic scales, on the contrary, a higher level of quality of life corresponds to a lower scale value.

Распределение средних оценок функциональных шкал опросника QLQ-C30 не позволяет сделать вывод о выраженном снижении отдельных параметров

качества жизни, психического состояния и активности в условиях болезни: шкальные оценки функциональных шкал и общего показателя качества жизни – выше среднего и превосходят соответствующие оценки в группах больных с опухолевым поражением позвоночника (Щелкова и др., 2021) и длинных костей конечностей (Щелкова, Усманова, 2015). Согласно самоотчету, в наименьшей степени имеющееся заболевание ограничивает когнитивную активность пациентов, в наибольшей степени – социальную и ролевую. Среди симптоматических шкал наибольший показатель имеют шкалы, отражающие повышенную утомляемость, болевые ощущения, а также финансовые затруднения, вызванные ситуацией болезни.

Полученный «профиль» качества жизни, построенный на основе субъективной оценки общего состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности в условиях онкологического заболевания, не соответствует объективным клиническим характеристикам пациентов и отражает их стремление продемонстрировать собственное благополучие и успешность, что, предположительно, определяется действием механизмов психологической защиты («вытеснение», «отрицание» и др.) и требует дальнейшего углубленного психологического исследования.

Обсуждение результатов

Анализ психологических характеристик пациентов, страдающих РПЧ, а также их влияния на протекание заболевания и его терапии остается весьма актуальным. Однако исследования в этой области немногочисленны и чаще всего посвящены оценке качества жизни пациентов в связи с различными видами лечения, в первую очередь хирургического (см., напр., Draeger et al., 2018). При этом исследователями признается необходимость дальнейшего изучения эмоционального состояния, личностных особенностей и межличностных отношений пациентов (Paterson et al., 2020).

Полученные авторами статьи данные в отношении распространенности тревоги среди описываемого контингента пациентов согласуются с результатами зарубежных исследований, также полученными с помощью скрининговой методики HADS (см., напр., Maddineni et al., 2009). Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости – как минимум – психологического сопровождения пациентов, а в некоторых случаях и серьезной психокоррекционной работы, поскольку имеются данные о развитии психопатологической симптоматики у пациентов, перенесших хирургическое лечение РПЧ, в частности посттравматического стрессового расстройства (Opjordsmoen et al., 1994). В этой связи приобретает особую актуальность изучение особенностей совладающего поведения пациентов и их ценностных ориентаций, поскольку они обуславливают характер реагирования на стресс болезни и возможности компенсации в рамках психотерапевтического вмешательства.

Полученные высокие показатели качества жизни пациентов расходятся с объективно наблюдаемой картиной, в том числе клинической. Однако схожие данные были получены и в других исследованиях (см., напр., Troiano, Nante, 2018). Представляется перспективным изучение качества жизни пациентов в динамике: на разных этапах лечебного процесса и в отдаленной перспекти-

ве; а также его изучение в контексте личностных характеристик пациентов, особенностей их самовосприятия и самооценки, эмоциональной (социальной) поддержки, получаемой ими от близких.

Заключение

Настоящее пилотажное исследование было спланировано и проведено в связи с малой изученностью психологических аспектов опухолевого поражения и хирургического лечения урогенитальной сферы у мужчин, в то время как необходимость интегрирования этой психологической информации в общую схему лечения и реабилитации больных в настоящее время не вызывает сомнения. В процессе клиничко-психологического и психометрического исследования больных РПЧ получены результаты, позволившие сделать следующие выводы.

1. Эмоциональное состояние большинства мужчин, страдающих РПЧ, в период стационарного лечения характеризуется отсутствием явных признаков тревоги (58,8 %) и депрессии (76,5 %). Отдельные признаки тревоги, накладывающие отпечаток на поведение и переживания больных, отмечены почти у трети пациентов, а снижение настроения субклинического уровня – почти у четверти больных; 11,8 % пациентов нуждаются в специализированной помощи в связи с выраженным состоянием тревоги.

2. В группе больных РПЧ встречаются мужчины различного типологического склада личности, однако преобладают лица целеустремленные, организованные, скорее дистанцированные и индивидуалистичные, несклонные к формированию доверительных отношений с людьми, а также эмоционально устойчивые, не отличающиеся креативным подходом к жизни и стремлением к новому, а напротив, приверженные стереотипам.

3. Общий уровень «профиля» совладающего со стрессом поведения больных РПЧ снижен по сравнению с выборкой здоровых мужчин в пределах нормативного диапазона: поведение пациентов в меньшей степени, чем здоровых, направлено на активное и сознательное преодоление стресса. В структуре копинга больных РПЧ ведущими стратегиями являются «Бегство – избегание» и «Дистанцирование».

4. При исследовании смысловой и ценностной сфер личности у больных РПЧ отмечается общий высокий уровень осмысленности жизни, нормативный уровень интернальности личности и снижение показателя «Цели в жизни», связанного с оценкой временной перспективы.

5. Субъективная оценка общего уровня качества жизни, связанного со здоровьем, а также оценки отдельных его параметров (когнитивная, физическая, эмоциональная активность) в группе больных РПЧ имеют высокие значения, превосходящие значения пациентов с другой локализацией онкологического процесса и не соответствующие клинической оценке состояния больных. Предположительно, такие оценки связаны с искажающим действием мотивационных факторов и механизмов психологической защиты; возможно – с плохим самопониманием.

В целом результаты проведенного исследования являются предварительными, требующими проверки на увеличенной выборке пациентов. Одна-

ко уже сейчас ясно, что качество жизни в условиях онкологического заболевания, тесно связанного не только с витальной угрозой, но и глубинными личностными переживаниями, в том числе переживанием собственной мужской идентичности, во многом определяется особенностями ценностно-смысловой сферы личности. Дальнейшее изучение этих сложных психологических вопросов, а также вопросов, связанных с действием механизмов психологической защиты, определяющих позднее обращение за медицинской помощью больных с онкологическим поражением урогенительной сферы (которое врачи-онкологи выделяют как самостоятельную медицинскую и психологическую проблему), должно стать предметом следующего этапа исследования.

Список литературы

- Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 103. № 5. С. 11–18.
- Белозёр А.С., Дорофейков В.В., Петрова Н.Н. Влияние аффективных и нейрокогнитивных нарушений на качество жизни у больных раком яичников // Ученые записки ун-та имени П.Ф. Лесгафта. 2019. № 5 (171). С. 410–418.
- Беляев А.М. Предисловие // Онкопсихология для врачей и медицинских психологов. СПб.: Любавич, 2017. С. 8.
- Вагайцева М.В. Психологические исследования больных раком предстательной железы // Беляев А.М. Онкопсихология для врачей и медицинских психологов. СПб.: Любавич, 2017. С. 141–147.
- Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., Исаева Е.Р., Новожилова М.Ю. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323–345.
- Генс Г.П., Сирота Н.А., Олейникова И.Н., Шикина В.Е., Киркин В.В. Дистресс у больных раком яичников // Доктор.Ру. 2018. № 2 (146). С. 59–62.
- Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Таишлыков В.А., Тупицын Ю.Я. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994. С. 100–109.
- Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2006. 15 с.
- Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А., Шикина В.Е., Садикова О.Е., Киркин В.В., Назаренко З.Н. Качество жизни и дистресс у больных раком яичников // Паллиативная медицина и реабилитация. 2017. № 2. С. 25–27.
- Первин Л., Джонс О. Психология личности: теория и исследования / пер. с англ. М.: Аспект-Пресс, 2001. 607 с.
- Усманова Е.Б., Обухова О.А., Щелкова О.Ю. Качество жизни и сексуальное здоровье пациенток со злокачественными новообразованиями яичников // Онкогинекология. 2020. № 2 (34). С. 77–80.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семизлазова Т.Ю., Ульрих Е.Г., Пестерева О.А. Оценка психологического статуса онкогинекологических больных в процессе психологической реабилитации // Ученые записки СПбГМУ имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 25. № 1. С. 62–67. <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67>
- Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б., Яковлева М.В., Валиев А.К., Кулага А.В. Совладание со стрессом болезни и качество жизни пациентов, перенесших операцию в связи с опухолевым поражением // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021. № 1. С. 97–106. <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106>

- Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. 2015. № 3. С. 64–76.
- Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 26 с.
- Ahmed-Lecheheb D., Joly F. Ovarian cancer survivors' quality of life: a systematic review // *Journal of Cancer Survivorship*. 2016. Vol. 10. No 5. Pp. 789–801. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0525-8>
- Arden-Close E., Gidron Y., Moss-Morris R. Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review // *Psychooncology*. 2008. Vol. 17. No 11. Pp. 1061–1072. <https://doi.org/10.1002/pon.1363>
- Coba G., Patel T. Penile cancer: managing sexual dysfunction and improving quality of life after therapy // *Current Urology Reports*. 2021. Vol. 22. No 2. P. 8. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-01022-w>
- Draeger D.L., Sievert K.-D., Hakenberg O.W. Cross-sectional patient-reported outcome measuring of health-related quality of life with establishment of cancer- and treatment-specific functional and symptom scales in patients with penile cancer // *Clinical Genitourinary Cancer*. 2018. Vol. 16. No 6. e1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2018.07.029>
- Fayers P.M., Aaronson N.K., Bjordal K., Groenvold M., Curran D., Bottomley A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001. 78 p.
- Houédé N., Rébillard X., Bouvet S., Kabani S., Fabbro-Peray P., Trétarre B., Ménégaux F. Impact on quality of life 3 years after diagnosis of prostate cancer patients below 75 at diagnosis: an observational case-control study // *BMC Cancer*. 2020. Vol. 20. P. 757. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07244-y>
- Hwang K.H., Cho O.H., Yoo Y.S. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life // *European Journal of Oncology Nursing*. 2016. No 21. Pp. 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.007>
- Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer // *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* / ed. by C.M. MacLeod. New York: Columbia University Press, 1949. Pp. 191–205.
- Kieffer J.M., Djajadiningrat R.S., Muilekom E.A. van, Graafland N.M., Horenblas S., Aaronson N.K. Quality of life for patients treated for penile cancer // *The Journal of Urology*. 2014. Vol. 192. No 4. Pp. 1105–1110. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.04.014>
- Maddineni S.B., Lau M.M., Sangar V.K. Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer // *BMC Urology*. 2009. Vol. 9. Article No 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-9-8>
- McKenzie L., Pol M. van der. Mapping the EORTC QLQ C-30 onto the EQ-5D instrument: the potential to estimate QALYs without generic preference data // *Value Health*. 2009. Vol. 12. No 1. Pp. 167–171. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00405.x>
- Mielcarek P., Nowicka-Sauer K., Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study // *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2016. Vol. 37. No 2. Pp. 57–67. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2016.1141891>
- Opjordsmoen S., Waehre H., Aass N., Fossa S. Sexuality in patients treated for penile cancer: patients' experience and doctors' judgement // *British Journal of Urology*. 1994. Vol. 73. Pp. 554–560. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.1994.tb07643.x>
- Paterson C., Primeau C., Bowker M., Jensen B., MacLennan S., Yuan Y., N'Dow J. What are the unmet supportive care needs of men affected by penile cancer? A systematic review of the empirical evidence // *European Journal of Oncology Nursing*. 2020. Vol. 48. 101805. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101805>
- Roberts A.L., Huang T., Koenen K.C., Kim Y., Kubzansky L.D., Tworoger S.S. Posttraumatic stress disorder (PTSD) is associated with increased risk of ovarian cancer: a prospec-

- tive and retrospective longitudinal cohort study // *Cancer Research*. 2019. Vol. 79. No 19. Pp. 5113–5120. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-19-1222>
- Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // *Pain*. 1976. Vol. 2. No 2. P. 175–184.
- Sekse R.J., Hufthammer K.O., Vika M.E. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynecological cancers: a cross-sectional study // *Journal of Clinical Nursing*. 2015. Vol. 24. No 3–4. Pp. 546–555. <https://doi.org/10.1111/jocn.12647>
- Sosnowski R., Wolski J.K., Zi Talewicz U., Szyma Ski M., Baku A.R., Demkow T. Assessment of selected quality of life domains in patients who have undergone conservative or radical surgical treatment for penile cancer: an observational study // *Sexual Health*. 2019. Vol. 16. No 1. Pp. 32–38. <https://doi.org/10.1071/SH17119>
- Troiano G., Nante N. Quality of life after surgical treatment for penile carcinoma // *International journal of sexual health*. 2018. Vol. 30. No 2. Pp. 141–148. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1458766>
- Watkins R.G., Brien J.P., Jones D. Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back pain patient // *Spine*. 1986. Vol. 11. No 4. Pp. 385–390.
- Watts S., Prescott Ph., Mason J., McLeod N., Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates // *BMJ Open*. 2015. Vol. 5. e007618. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007618>
- Zigmond A., Snaith R. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67. No 6. Pp. 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

История статьи:

Поступила в редакцию 7 июля 2021 г.

Принята к печати 10 сентября 2021 г.

Для цитирования:

Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Яковлева М.В., Матвеев В.Б., Халмурзаев О.А., Яцевич А.А. Психологические особенности и качество жизни пациентов с опухолями урогенитальной сферы: результаты пилотажного исследования на российской выборке // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2021. Т. 18. № 4. С. 869–892. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2021-18-4-869-892>

Сведения об авторах:

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, профессор с возложенным исполнением обязанностей заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет; старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Министерство здравоохранения Российской Федерации. ORCID: 0000-0001-9444-4742, ScopusID: 6506644008, ResearcherID: C-7702-2016, eLIBRARY SPIN-код: 6796-7520. E-mail: o.shhelkova@spbu.ru, olga.psy.pu@mail.ru

Усманова Екатерина Бахромовна, кандидат психологических наук, клинический психолог, отделение медицинской реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Министерство здравоохранения Российской Федерации. ORCID: 0000-0002-4853-308X, ScopusID: 56662141000. E-mail: usmanovakate@yandex.ru

Яковлева Мария Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет. ORCID: 0000-0001-5035-4382, ScopusID: 57189905578, ResearcherID: E-5453-2017, eLIBRARY SPIN-код: 5168-9633. E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Матвеев Всеволод Борисович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора по научной и инновационной работе, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Министерство здравоохранения Российской Федерации. ORCID: 0000-0001-7748-9527, ScopusID: 7203050051, ResearcherID: O-7476-2017, AAN-5894-2020, AuthorID: 173319. E-mail: vsevolodmatveev@mail.ru








Халмурзаев Ойбек Авазханович, кандидат медицинских наук, научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Н.Н. Блохина, Министерство здравоохранения Российской Федерации. ORCID: 0000-0001-7500-1815, ScopusID: 57138490400, ResearcherID: ABI-3403-2020, eLIBRARY SPIN-код: 3981-7228. E-mail: oyka0201@mail.ru

Яцевич Александра Андреевна, студент 5-го курса, факультет фундаментальной медицины (отделение «Лечебное дело»), Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. ORCID: 0000-0002-4280-6454. E-mail: yacevich.alexandra@mail.ru

DOI 10.22363/2313-1683-2021-18-4-869-892

Research article

Psychological Characteristics and Quality of Life of Patients with Penile Cancer: Pilot Study on a Russian Sample

Olga Yu. Shchelkova^{1,2} , Ekaterina B. Usmanova³ ,
Maria V. Iakovleva¹  , Vsevolod B. Matveev³ ,
Oybek A. Khalmurzaev³ , Alexandra A. Yacevich⁴ 

¹Saint Petersburg State University,

7/9 Universitetskaya Naberezhnaya, Saint Petersburg, 199034, Russian Federation

²Bekhterev National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation,

3 Bekhtereva St, Saint Petersburg, 192019, Russian Federation

³N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation,

24 Kashirskoye Shosse, Moscow, 115478, Russian Federation

⁴Lomonosov Moscow State University,

1 Leninskie Gory, Moscow, 119991, Russian Federation

 m.v.iakovleva@spbu.ru

Abstract. Research into the psychological aspects of oncological diseases is nowadays relevant and widespread; however, there are very few studies in patients with penile cancer (PC). Therefore, the purpose of this pilot study is to investigate the psychological characteristics and quality of life of patients with PC for further organization of psychological counseling. The study included 17 male patients (mean age 49.0 ± 3.76 years) of the N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology. The following techniques were used: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Big Five Inventory (BFI), Ways of Coping Questionnaire (WCQ), Purpose in Life Test (PLT), Quality of Life of Cancer Patients (EORTC QLQ-C30). The patients' overall health status was assessed by D.A. Karnofsky's scale; a specific psychological structured interview was also conducted. The emotional state of most pa-

tients is characterized by low indexes of anxiety and depression. Most of them are purposeful, organized, emotionally stable, unwilling to form trusting relationships. They have high rates of life meaningfulness, a normative level of internality and a decreased “purpose in life” indicator. The patients are not prone to active and conscious overcoming stress compared to healthy men. The indexes of quality of life, as well as the rates of its specific parameters (cognitive, physical and emotional activity) in the studied group of patients exceed the same values in patients with different tumor localizations and are not consistent with the objectively estimated condition. Health-related quality of life is largely determined by the characteristics of patients’ value system, especially in oncological diseases that are related not only to a vital threat, but also to deep personal experiences, including the experience of patients’ male identity.

Key words: psycho-oncology, penile cancer, health-related quality of life, patient psychological profile, anxiety and depression, value system

References

- Ahmed-Lecheheb, D., & Joly, F. (2016). Ovarian cancer survivors’ quality of life: A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 789–801. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0525-8>
- Andryushchenko, A.V., Drobizhev, M.Yu., & Dobrovolskii, A.V. (2003). Sravnitel’naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoi praktike. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 103(5), 11–18. (In Russ.)
- Arden-Close, E., Gidron, Y., & Moss-Morris, R. (2008). Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: A systematic review. *Psychooncology*, 17(11), 1061–1072. <https://doi.org/10.1002/pon.1363>
- Belozer, A.S., Dorofeykov, V.V., & Petrova, N.N. (2019). Depression, anxiety and cognitive disorder as predictors of quality of life impairment among ovarian cancer patients. *Uchenye Zapiski Universiteta Imeni P.F. Lesgafta*, (5), 410–418. (In Russ.)
- Belyaev, A.M. (2017). Predislovie. *Onkopsikhologiya dlya Vrachei i Meditsinskikh Psikhologov* (p. 8). Saint Petersburg: Lyubavich Publ. (In Russ.)
- Chulkova, V.A., Pestereva, E.V., Semiglazova, T.Y., Ulrich, E.G., & Pestereva, O.A. (2018). Assessment of the psychological status of patients with gynecological cancer in the process of psychological rehabilitation. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*, 25(1), 62–67. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67>
- Coba, G., & Patel, T. (2021). Penile cancer: Managing sexual dysfunction and improving quality of life after therapy. *Current Urology Reports*, 22(2), 8. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-01022-w>
- Draeger, D.L., Sievert, K.-D., & Hakenberg, O.W. (2018). Cross-sectional patient-reported outcome measuring of health-related quality of life with establishment of cancer- and treatment-specific functional and symptom scales in patients with penile cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*, 16(6), e1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2018.07.029>
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Guens, G.P., Sirota, N.A., Oleinikova, I.N., Shikina, V.E., & Kirkin, V.V. (2018). Distress in Ovarian Cancer Patients. *Doctor.Ru*, 2(146), 59–62. (In Russ.)
- Houédé, N., Rébillard, X., Bouvet, S., Kabani, S., Fabbro-Peray, P., Trétarre, B., & Ménégau, F. (2020). Impact on quality of life 3 years after diagnosis of prostate cancer patients below 75 at diagnosis: An observational case-control study. *BMC Cancer*, 20, 757. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07244-y>
- Hwang, K.H., Cho, O.H., & Yoo, Y.S. (2016). Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.007>

- Isurina, G.L., Karvasarskii, B.D., Tashlykov, V.A., & Tupitsyn, Yu.Ya. (1994). Razvitie pato-geneticheskoi kontseptsii nevrozov i psikhoterapii V.N. Myasishcheva na sovremennom etape. In *Teoriya i Praktika Meditsinskoj Psikhologii i Psikhoterapii* (pp. 100–109). Saint Petersburg. (In Russ.)
- Karnofsky, D.A., & Burchenal, J.H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In C.M. MacLeod (Ed.), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* (pp. 191–205). New York: Columbia University Press.
- Kieffer, J.M., Djajadiningrat, R.S., Muilekom, E.A. van, Graafland, N.M., Horenblas, S., & Aaronson, N.K. (2014). Quality of life for patients treated for penile cancer. *The Journal of Urology*, 192(4), 1105–1110. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.04.014>
- Leontev, D.A. (2006). *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO) (2nd Edition)*. Moscow: Smysl Publ. (In Russ.)
- Maddineni, S.B., Lau, M.M., & Sangar, V.K. (2009). Identifying the needs of penile cancer sufferers: A systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urology*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-9-8>
- McKenzie, L., & Pol, M. van der. (2009). Mapping the EORTC QLQ C-30 onto the EQ-5D instrument: The potential to estimate QALYs without generic preference data. *Value Health*, 12(1), 167–171. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00405.x>
- Mielcarek, P., Nowicka-Sauer, K., & Kozaka, J. (2016). Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: A prospective study. *Journal of psychosomatic obstetrics and Gynecology*, 37(2), 57–67. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2016.1141891>
- Oleynikova, I.N., Gens, G.P., Sirota, N.A., Shikina, V.E., Sadikova, O.E., Kirkin, V.V., & Nazarenko, Z.N. (2017). Quality of life and distress in patients with ovarian cancer. *Palliative Medicine and Rehabilitation*, (2), 25–27. (In Russ.)
- Opjordsmoen, S., Waehre, H., Aass, N., & Fossa, S. (1994). Sexuality in patients treated for penile cancer: Patients' experience and doctors' judgement. *British Journal of Urology*, 73, 554–560. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.1994.tb07643.x>
- Paterson, C., Primeau, C., Bowker, M., Jensen, B., MacLennan, S., Yuan, Y., & N'Dow, J. (2020). What are the unmet supportive care needs of men affected by penile cancer? A systematic review of the empirical evidence. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101805. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101805>
- Pervin, L., & John, O. (2001). *Psikhologiya lichnosti: Teoriya i issledovaniya*. Moscow: Aspekt-Press. (In Russ.)
- Roberts, A.L., Huang, T., Koenen, K.C., Kim, Y., Kubzansky, L.D., & Tworoger, S.S. (2019). Posttraumatic stress disorder (PTSD) is associated with increased risk of ovarian cancer: A prospective and retrospective longitudinal cohort study. *Cancer Research*, 79(19), 5113–5120. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-19-1222>
- Scott, J., & Huskisson, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2), 175–184.
- Sekse, R.J., Hufthammer, K.O., & Vika, M.E. (2015). Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynecological cancers: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 546–555. <https://doi.org/10.1111/jocn.12647>
- Shchelkova, O.Yu., & Usmanova, E.B. (2015). Quality of life and psychological characteristics in patients with bone tumor. *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, (3), 64–76. (In Russ.)
- Shchelkova, O.Yu., Isurina, G.L., Usmanova, E.B., Iakovleva, M.V., Valiev, A.K., & Kulaga, A.V. (2021). Disease-related stress coping and quality of life in patients with surgically treated spinal tumors. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*, (1), 97–106. (In Russ.) <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106>
- Sosnowski, R., Wolski, J.K., Zi Talewicz, U., Szyma Ski, M., Baku, A.R., & Demkow, T. (2019). Assessment of selected quality of life domains in patients who have undergone conservative or radical surgical treatment for penile cancer: an observational study. *Sexual Health*, 16(1), 32–38. <https://doi.org/10.1071/SH17119>

- Troiano, G., & Nante, N. (2018). Quality of life after surgical treatment for penile carcinoma. *International Journal of Sexual Health*, 30(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1458766>
- Usmanova, E.B., Obukhova, O.A., & Shchelkova, O.Yu. (2020). Quality of life and sexual health of patients with malignant ovarian neoplasms. *Gynecologic Oncology*, 2(34), 77–80. (In Russ.)
- Vagaitseva, M.V. (2017). Psikhologicheskie issledovaniya bol'nykh rakom predstatel'noi zhelezy. *Onkopsikhologiya dlya Vrachei i Meditsinskikh Psikhologov* (pp. 141–147). Saint Petersburg: Lyubavich Publ. (In Russ.)
- Vasserman, L.I., Ababkov, V.A., Trifonova, E.A., Isaeva, E.R., & Novozhilova, M.Yu. (2014). Psikhologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya. In L.I. Vasserman, & O.Yu. Shchelkova (Eds.), *Psikhologicheskaya Diagnostika Rasstroystv Emotsional'noi Sfery i Lichnosti* (pp. 323–345). Saint Petersburg: Skifiya-print. (In Russ.)
- Watkins, R.G., Brien, J.P., & Jones, D. (1986). Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back pain patient. *Spine*, 11(4), 385–390.
- Watts, S., Prescott, Ph., Mason, J., McLeod, N., & Lewith, G. (2015). Depression and anxiety in ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 5, e007618. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007618>
- Yanichev, D.P. (2006). Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoi. Ph.D. in Psychology Thesis Abstract. Saint Petersburg. (In Russ.)
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Article history:

Received 7 July 2021

Revised 6 September 2021

Accepted 10 September 2021

For citation:

Shchelkova, O.Yu., Usmanova, E.B., Iakovleva, M.V., Matveev, V.B., Khalmurzaev, O.A., & Yacevich, A.A. (2021). Psychological characteristics and quality of life of patients with penile cancer: Pilot study on a Russian sample. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 18(4), 869–892. (In Russ.) <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2021-18-4-869-892>

Bio notes:

Olga Yu. Shchelkova, Doctor in Psychology, Full Professor, Acting Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, Senior Research Associate, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID: 0000-0001-9444-4742, ScopusID: 6506644008, ResearcherID: C-7702-2016, eLIBRARY SPIN-code: 6796-7520. E-mail: o.shchelkova@spbu.ru, olga.psy.pu@mail.ru

Ekaterina B. Usmanova, PhD in Psychology, Medical Psychologist, Department of Medical Rehabilitation, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID: 0000-0002-4853-308X, ScopusID: 56662141000. E-mail: usmanovakate@yandex.ru

Maria V. Iakovleva, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University. ORCID: 0000-0001-5035-4382, ScopusID: 57189905578, ResearcherID: E-5453-2017, eLIBRARY SPIN-code: 5168-9633. E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Vsevolod B. Matveev, Doctor in Medicine, Professor, Correspondent Member of the Russian Academy of Science, President of Russian Association of Oncological Urology, Deputy Director on Science and Head of the Department of Urology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID: 0000-0001-7748-9527, ScopusID: 7203050051, ResearcherID: O-7476-2017, AAN-5894-2020, AuthorID: 173319. E-mail: vsevolodmatveev@mail.ru

Oybek A. Khalmurzaev, PhD in Medicine, Doctor-Oncologist, Research Associate at the Department of Urology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID: 0000-0001-7500-1815, ScopusID: 57138490400, ResearcherID: ABI-3403-2020, eLIBRARY SPIN-code: 3981-7228. E-mail: oyka0201@mail.ru

Alexandra A. Yacevich, 5th grade student, Faculty of Medicine, Lomonosov Moscow State University. ORCID: 0000-0002-4280-6454. E-mail: yacevich.alexandra@mail.ru