

РЕАКЦИИ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Русина Н.А.

Русина Наталья Алексеевна

кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО; государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Революционная, д. 5, Ярославль, 150000, Россия. Тел.: (84852) 30-56-41.

E-mail: psycholog@ytm.ac.ru

Аннотация. Представлены результаты исследования психологического статуса и адаптационных ресурсов пациентов онкологической клиники с опухолью гортани в ситуации выбора решения об операции, необходимой по жизненно важным показаниям. Показано, что у пациентов, отказывающихся от операции, имеются достоверные различия в сравнении с группой пациентов, получающих хирургическое лечение, по механизму проекции и фобической тревожности. Доказано, что не личностные особенности, но структура взаимосвязи адаптационных механизмов определяют принятие решения больными об операции. Адаптационные ресурсы пациентов, получающих консервативное лечение, обеспечиваются более жесткой структурой взаимосвязей механизмов психологических защит. Пациенты, соглашающиеся на операцию, обладают более структурированной системой связей копинг-стратегий.

Ключевые слова: онкология; операция; стресс; страх; адаптационные ресурсы; механизмы психологической защиты; копинг-стратегии.

УДК 159.9: 616-006-052

Ссылка для цитирования

Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 13. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15130

Поступила в редакцию: 25.07.2013 Прошла рецензирование: 16.08.2013 Опубликована: 01.09.2013

Введение

Адаптационные ресурсы онкологических больных, перенесших оперативное вмешательство, приводящее к потере органа, обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля [8]. Как следствие, запускаются физиологические процессы, подавляющие естественные защитные механизмы организма и создающие условия для дальнейшего развития опухолей. На развитие рака большое влияние оказывает то, насколько характерно для человека эмоционально-отрицательное реагирование на обстоятельства жизни и насколько эти эмоции сильны [7].

У хирургических больных в предоперационном периоде отчетливо проявляется стрессовая ситуация различной интенсивности и продолжительности, определяющаяся тяжестью заболевания, его длительностью, выраженностью общего и локального дискомфорта. В послеоперационном периоде у таких больных отмечается подавленность настроения на почве дефектности, ущемленности соматическим неблагополучием. В условиях выраженного эмоционального стресса, проведения манипуляций неустойчивость такой взаимосвязи увеличивается, что объясняет введение А.В. Фоминым понятия «операционная болезнь». Даже накануне выписки из стационара у 80–90% таких больных сохраняются депрессивные тенденции, напряжение психологической адаптации, астенические жалобы [11].

В исследованиях показано сходство онкологических больных и пациентов плановой хирургической клиники по их психосоматическому статусу, показана необходимость психологической подготовки таких больных к операции [5]. Радикальная операция наносит больному тяжёлую психологическую травму, что заставляет многих больных отказываться от операции. У онкологических больных наблюдается тройное усиление стрессового фактора: психотравматизация вследствие самой онкологической болезни, страх хирургической операции и возможного летального ее исхода, неизбежные дефекты после такой операции [6].

Цель исследования: изучение адаптационных ресурсов пациентов с онкологическими заболеваниями, согласившихся на операцию либо отказавшихся от нее, несмотря на то, что отказ от нее обрекает больных на умирание, сокращение продолжительности жизни, ухудшение качества жизни.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Ярославской областной клинической онкологической больницы. Всего было обследовано 109 человек, в том числе 106 мужчин и 3 женщины в возрасте от 40 до 89 лет, из них 21 пациент, отказавшийся от операции и получавший консервативное лечение (лучевую терапию), и 88 пациентов, которым были произведены операции резекции гортани, ларингэктомии, трахеопищеводного шунтирования. Всем пациентам был выставлен диагноз рак гортани I–IV клинической стадии, с установлением клинических его вариантов по классификации TNM (от T1N0M0 до T4N1M0). Исследование выполнялось с информированного согласия пациента.

Таблица 1

Распределение пациентов по виду лечения, возрасту и полу

Возраст и пол пациентов	Отказ от операции (консервативное лечение — лучевая терапия)	Прооперированные пациенты
40-49 лет		1 ж,* 2 м
50-59 лет	1ж, 10 м	25 м
60-69 лет	5 м	33 м
70-79 лет	3 м	1 ж, 23 м
80-89 лет	2 м	3 м
Всего	21	88

* м — мужчины, ж — женщины.

Для исследования психологического статуса и реакций адаптации больных применялись психологические методики:

- Опросник Мини-мульт (вариант СМЛ), являющийся сокращенным вариантом MMPI [1; 9].
- Методика «Индекс жизненного стиля», разработанная на основе психоэволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности H. Kellerman [3].
- Копинг-тест (Ways of Coping Questionnaire P. Лазаруса и С. Фолкман, WCQ) [2].
- Опросник ТОБОЛ для диагностики типов отношения к болезни [4].
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R, SCL-90-R) [10].

Данные обрабатывались с помощью пакета компьютерных статистических программ Statistica 8.0.

Обсуждение результатов исследования

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей по шкалам методики МИНИ-МУЛЬТ пациентов онкологической клиники (по значениям медианы, Me)

Наименование шкалы	Статистические значения	
	Me больных, отказавшихся от операции	Me прооперированных больных
Шкала лжи L	47,00	55,00
Шкала достоверности F	50,00	50,00
Шкала К	47,00	51,00
Сверхконтроль	56,50	55,00
Пессимизм	48,00	46,00
Эмоциональная лабильность	52,00	52,00
Импульсивность	49,00	49,00
Ригидность	49,00	49,00
Тревожность	41,00	43,00
Индивидуалистичность	49,00	49,00
Оптимизм	52,00	52,00

Значимых различий в профиле личности между группами выявлено не было.

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей по шкалам опросника ТОБОЛ пациентов онкологической клиники (по значениям медианы, Me)

Типы отношения к болезни	Статистические значения	
	Me больных, отказавшихся от операции	Me прооперированных больных
Гармоничный	0	20,0
Эргопатический	23,0	29,0
Анозогнозический	0	0
Тревожный	8,0	8,0
Ипохондрический	7,0	7,0
Неврастенический	7,5	8,0
Меланхолический	2,0	3,0
Апатический	2,0	2,0
Сенситивный	19,0	18,0
Эгоцентрический	10,0	10
Паранояльный	5,5	5
Дисфорический	3,5	3

Значимых различий в отношении к болезни между группами не выявлено. Следует отметить, что у прооперированных пациентов появляются значения гармоничного отношения к болезни.

Таблица 4

Сравнительная характеристика показателей по шкалам методики «Индекс жизненного стиля» (по значениям медианы, Me)

Наименование шкал (по механизмам психологической защиты)	Статистические значения		
	Me больных, отказавшихся от операции	Me прооперированных больных	Норма методики*
Отрицание	97,00	90,00	55*
Вытеснение	52,50	63,00	63
Регрессия	44,00	35,00	68*
Компенсация	63,00	63,00	66
Проекция	72,00*	64,00*	50*
Замещение	37,00	48,00	63*
Интеллектуализация	76,00	76,00	57*
Реактивное образование	83,50	76,00	63*

* Норма приведена по данным авторов апробации методики Л.И. Вассермана с соавт. [3].

У больных показатели по механизмам отрицания, проекции, интеллектуализации, реактивных образований значимо выше нормы. У всех пациентов превалирует механизм психологической защиты «отрицание», посредством которого отрицаются, не принимаются вызывающие тревогу обстоятельства. У больных отмечаются высокие значения по шкале «интеллектуализация», что предполагает «интеллектуальное» преодоление сложной ситуации, вызванной тяжелой болезнью. Кроме того, они предотвращают выражение неприятных мыслей и чувств путем развития противоположных стремлений: жалость к себе может проявляться как внешнее спокойствие или даже безразличие к себе.

Статистически значимые различия в результатах обследования пациентов проявляются по шкале «проекция»: достоверно ($Me=72,0$ при $p=0,021$) выше у группы больных, отказавшихся от операции, в сравнении с прооперированными больными. Следовательно, больным, проходящим лечение без операции, свойственно приписывать окружающим те черты, которых у них нет, прикрывая тем самым свою нерешительность; страх перед сложившейся ситуацией; свою агрессивность они оправдывают недоброжелательностью окружающих. Прооперированные больные имеют более высокие баллы по шкале «вытеснение»: проведенные операции дают им подсознательно некоторую надежду на большую результативность. В группе отказавшихся от операции пациентов получены самые низкие значения по шкалам «вытеснение» и «замещение»: в меньшей степени такие пациенты способны вытеснять свои отрицательные эмоции, перерабатывают свои проблемы в большей степени «умственно», перенося свою агрессивность на окружающих.

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей по шкалам копинг-стратегий теста R. Lazarus (по значениям медианы, Me)

Копинг-стратегии	Статистические значения		
	Me больных, отказавшихся от операции	Me прооперированных больных	Норма методики**
Конфронтационный копинг	38,80	38,80	48,6*
Дистанцирование	50,00	50,00	48,7
Самоконтроль	49,95	52,38	65,1*
Поиск социальной поддержки	52,75	55,50	63,1*
Принятие ответственности	58,30	58,30	64,3*
Бегство/избегание	35,40	33,30	44,5*
Планирование решения проблем	66,60	61,10	67,7
Положительная переоценка	35,65	38,00	58,4*

** Показатели группы нормы приводятся по данным Л.И. Вассермана с соавт. [2].

Значимых различий между группами не выявлено. Значения по всем шкалам копинг-стратегий (за исключением стратегий дистанцирования и планирования решения проблем) значимо ниже норм методики. Дистанцирование дает возможность пациентам отстраниться от ситуации непродуктивными способами. Наименьшие значения медианы у всех пациентов по шкале «бегство/избегание» и «положительная переоценка». Это позволяет охарактеризовать их как плохо переносящих переживание своих негативных проблем, но осмысливающих, прилагающих усилия по решению сложившейся ситуации своим способом: путем согласия либо, наоборот, отказа от операции с продолжением лучевой терапии.

Таким образом, можно сделать вывод, что у пациентов, отказывающихся от операции, и у прооперированных пациентов уровень выраженности копинг-стратегий в целом не превышает нормативных показателей.

Таблица 6

Сравнение показателей основных симптоматических расстройств у больных (по результатам обследования по опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R)

Симптоматические расстройства	Статистические значения		
	Me больных, отказавшихся от операции	Me прооперированных больных	Me здоровых людей**
Соматизация	0,83	0,75	0,29*
Обсессивно-компульсивные	0,60*	0,40	0,38
Межличностная сензитивность	0,55	0,44	0,44
Депрессия	0,50*	0,30	0,25
Тревожность	0,30	0,30	0,26
Враждебность	0,33	0,30	0,33
Фобическая тревожность	0,14*	0,00*	0,12

Паранояльность	0,32	0,33	0,37
Психотизм	0,22	0,11	0,15
Общий индекс тяжести	0,52	0,40	0,29*
Наличие симптоматического дистресса	1,51	1,48	1,06*

** В качестве группы сравнения здоровых реципиентов выбрана группа пожарных как наиболее психически и физически устойчивых [10].

Показатели психопатологической симптоматики у всех пациентов превышают нормативные значения здоровых лиц, что свидетельствует о наличии у них определенных нарушений (за исключением показателей паранояльности и враждебности). Более высокий показатель соматизации у больных отражает наличие у них дистресса, возникающего из ощущений телесной дисфункции как проявления реального соматического заболевания. Превышение показателей симптоматики обсессивно-компульсивного характера у отказавшихся от операции подчеркивает наличие мыслей, переживаемых пациентами как непреодолимые и чуждые их «Я», однако снижение их значений у прооперированных пациентов свидетельствует об определенном терапевтическом эффекте операции. Показатели межличностной сензитивности подтверждают наличие у пациентов обостренного чувства осознания собственного Я, негативных ожиданий относительно межличностного взаимодействия и коммуникаций с другими людьми. Высокий уровень депрессии свидетельствует о недостатке мотивации, потери жизненной энергии, появлении чувства безнадежности, причем у отказавшихся от операции пациентов проявления депрессивного спектра значительно выше, чем у прооперированных пациентов. Показатель тревожности примерно в равной мере повышены у всех пациентов, что свидетельствует о сохранении у них когнитивных компонентов чувства опасности, страха и подтверждается повышенным показателем фобической тревожности в группе отказавшихся от операции, при том, что у прооперированных пациентов такая симптоматика не регистрируется. Повышение показателя психотизма у отказавшихся от операции может свидетельствовать о вынужденной межличностной изоляции этой группы пациентов.

На статистически значимом уровне установлены различия по шкале фобической тревожности между показателями больных, отказавшихся от операции, и прооперированных пациентов ($p=0,022$). Фобическая тревожность как стойкая реакция страха ситуации характеризуется иррациональностью и неадекватностью, ведет к избегающему поведению, в данном случае — по отношению к ситуации операции. У прооперированных пациентов сам факт проведения операции позволяет преодолеть им страхи предоперационного периода. Можно предположить, что наличие фобической тревожности у больных в значительной степени связано со страхом калечащей операции, возможных дефектов тела, риска летального исхода.

Общие индексы тяжести и наличного симптоматического дистресса у обследованных пациентов существенно выше нормы, что подтверждает существующее мнение о том, что онкологические заболевания должны включаться в перечень травматических стрессоров.

Выявлены значимые различия между группами по количеству корреляционных связей механизмов психологических защит (больше в группе отказывающихся от операций) и копинг-стратегий (больше в группе оперированных пациентов).

Таблица 7

Количество значимых корреляционных связей между показателями методик

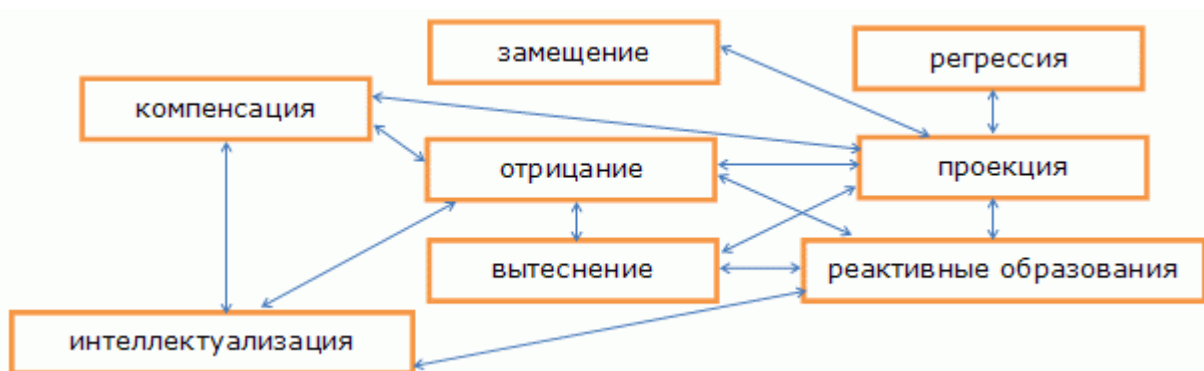
Наименование методики	Количество значимых корреляционных связей между показателями методик			
	Группа пациентов, отказавшихся от операции		Группа прооперированных пациентов	
	ИЖС	Копинг-тест	ИЖС	Копинг-тест
Методика ИЖС	15*		8*	
Копинг-тест	13*	7**	4*	19**

Пациенты, отказавшиеся от операции, имеют значимо более жесткую структуру взаимосвязи механизмов психологических защит между собой и значимо больше связей между механизмами психологических защит и копинг-стратегиями.

Пациенты, соглашающиеся на операцию, имеют более жесткую структуру взаимосвязи между копинг-стратегиями и значимо меньше связей между копинг-стратегиями и механизмами психологических защит.

Схема 1

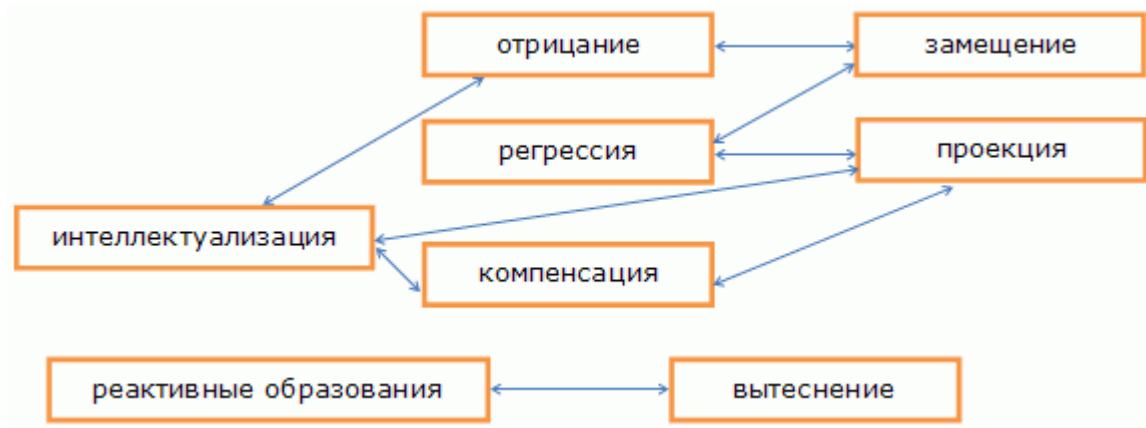
Структура системы связей механизмов психологических защит пациентов онкологической клиники, отказавшихся от операции



У пациентов, отказавшихся от операции, наибольший вес имеют протективные и более архаичные механизмы психологической защиты «проекция», «отрицание», «вытеснение». Факт необходимости операции, очевидный для врача, отрицается, информация не воспринимается, поскольку угрожает социальному престижу (потере голоса, статуса, профессиональной активности), неприемлемые чувства и мысли приписываются другим людям или вытесняются.

Схема 2

Структура системы связей механизмов психологических защит прооперированных пациентов онкологической клиники



У прооперированных пациентов наибольший вес в структуре имеет механизм «интеллектуализация», что свидетельствует об «умственном» способе переработки фрустрирующей ситуации.

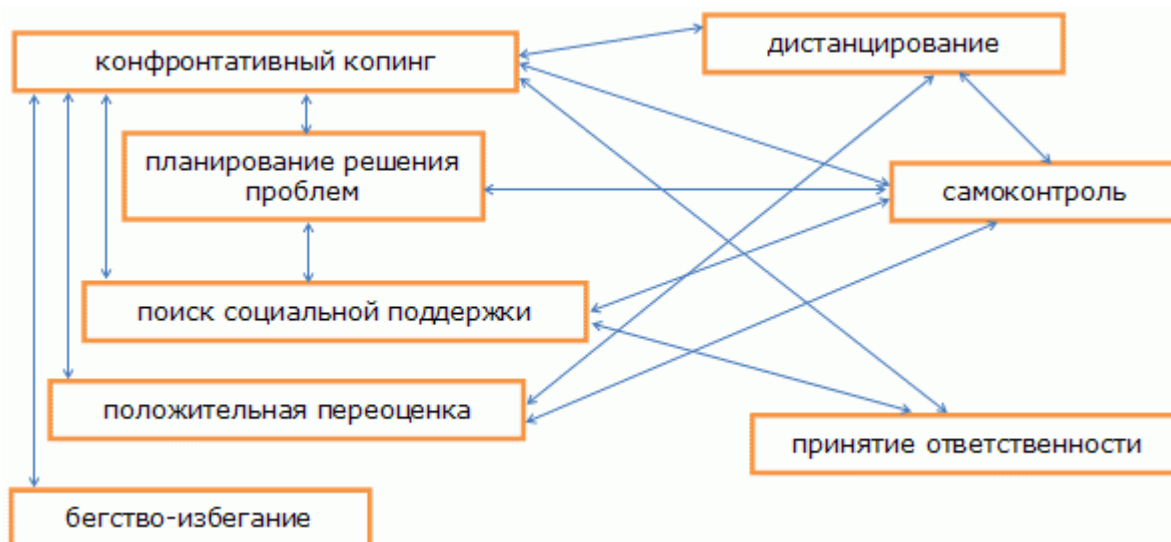
Ведущей копинг-стратегией пациентов, отказавшихся от операции, является «положительная переоценка», т.е. усилия, сфокусированные на собственной личности, включая религиозную проблематику.

Схема 3

Структура системы связей копинг-стратегий пациентов онкологической клиники, отказавшихся от операции



Структура системы связей копинг-стратегий прооперированных пациентов онкологической клиники



Наибольший вес в группе прооперированных пациентов имеют «конфронтативный копинг» и «самоконтроль». Пациенты склонны проявлять определенную долю враждебности и готовность к риску, но предпринимают усилия по регулированию своих чувств и действий.

Данные результаты можно интерпретировать следующим образом: у пациентов, отказывающихся от операций, система адаптационных ресурсов неконструктивно обеспечивается в большей степени архаичными механизмами психологической защиты. Пациенты вытесняют или отрицают неприемлемые для них мысли и чувства по поводу операции. У пациентов, дающих согласие на операцию, система адаптационных ресурсов обеспечивается в большей степени разумно, конструктивно с помощью копинг-стратегий. Они способны проявлять усилия по изменению ситуации и регуляции своих чувств, готовность к риску.

Выводы

Не личностные особенности пациентов, но наличие/отсутствие системы связей адаптационных механизмов обеспечивают наиболее адекватное ситуации поведение пациентов онкологической клиники в условиях витальной угрозы и принятия/отказа от операции.

В качестве механизмов адаптации пациенты, отказавшиеся от операции, и прооперированные больные используют механизмы психологической защиты «отрицание», «интеллектуализацию», «проекцию» и «реактивные образования». Это позволяет им не воспринимать все очевидные для окружающих неприятные обстоятельства объективной реальности, скрывать свои внутренние истинные чувства, использовать «умственный» способ преодоления фрустрирующей ситуации, трансформировать внутренние импульсы в субъективно понимаемую их противоположность. В ситуации витальной угрозы больные используют в большей степени защитные механизмы, но не совладающие стратегии. Предпочтение отдается

«интеллектуальным» механизмам защитного поведения и «отрицанию» как форме первичной, базовой реакции на болезнь у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Использование психологической защиты по типу «проекция» с уверенностью маркируют пациентов, отказывающихся от операции, как нерешительных, испытывающих страх перед сложившейся ситуацией, скрывающих свои эмоции, агрессивность и недоброжелательность путем приписывания их окружающим.

Высокий показатель фобической тревожности подчеркивает наличие у отказавшихся от операции пациентов базовой реакции страха, избегания оперативного вмешательства как проявлений иррациональных и неадекватных реакций, обеспечиваемых более жесткой структурой взаимосвязей механизмов психологических защит. Пациенты, соглашающиеся на операцию, обладают более структурированной системой связей копинг-стратегий.

У всех пациентов с онкологическими заболеваниями отмечается симптоматический дистресс.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные подтверждают необходимость создания специальных программ психологической подготовки больных к операции, направленной на снятие страхов и беспокойств, на обучение пациентов методам саморегуляции, на работу с депрессией и тревогой.

Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошниченко М.Б., Рожанец Е.В. Методика многопрофильного исследования личности. – М.: Медицина. – 1976. – 186 с.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие / под науч. ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: Речь, 2010. – 182 с.
3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.] / под науч. ред. Л.И. Вассермана. – СПб., 2005. – 48 с.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова [и др.]. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
5. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. II (39). – № 2. – С. 283–285.
6. Русина Н.А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – Ч. 2. – С. 620–623.
7. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. – С. 115–121.
8. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. – 2002. – № 4. – С. 152–160.
9. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство. – М.: МКЦ, 1990. – 75 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
11. Фомин А.В. Системный подход в лечении больных после оперативных вмешательств // Психосоматическая медицина – 2006: сборник тезисов I международного конгресса. – СПб. – 2006. – С. 191–192.

The Adaptation Reactions of an Oncological Clinic Patients

Rusina N.A.

E-mail: psycholog@yma.ac.ru

Yaroslavl State Medical Academy

Revolyutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia

Phone: (4852) 30-56-41

Abstract. The paper presents the results of a study of the psychological status and adaptive resources of patients of an oncological clinic with a laryngeal tumor in the situation of choosing a decision on an operation which is necessary for vital indications. It is shown that patients who refuse surgery have significant differences in comparison with a group of patients receiving surgical treatment on the mechanism of projection and phobic anxiety. It is proved that not personal characteristics, but the structure of the relationship of adaptive mechanisms determine the decision of patients about the operation. Adaptive resources of patients receiving conservative treatment are provided with a more rigid structure of interrelations of psychological protection mechanisms. Patients who agree to surgery have a more structured system of coping strategies.

Key words: oncology; surgery; stress; fear; adaptive resources; psychological defense mechanisms; coping strategies.

For citation

Rusina N.A. The Adaptation Reactions of an Oncological Clinic Patients. *Med. psihol. Ross.*, 2013, vol. 5, no. 5, p. 13. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15130 [in Russian, abstract in English].