

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ХИРУРГИЧЕСКИХ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Русина Н.А.<sup>1</sup>, Барабошин А.Т.<sup>2</sup>, Ларичев А.Б.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> 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@yuma.ac.ru](mailto:psycholog@yuma.ac.ru)

<sup>2</sup> Барабошин Александр Тимофеевич

кандидат медицинских наук, заведующий курсом ИПДО кафедры педагогики и психологии; 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: [atbar@mail.ru](mailto:atbar@mail.ru)

<sup>3</sup> Ларичев Андрей Борисович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии; 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: [larich\\_ab@mail.ru](mailto:larich_ab@mail.ru)

**Аннотация.** В статье исследуется влияние личностного и ситуационного факторов на поведение хирургических онкологических пациентов во время операции. Эмоциональный стресс рассматривается как ведущая и составляющая часть операционного стресса. Изучаются адаптационные ресурсы пациентов, в частности защитные механизмы и копинг-стратегии. Сравниваются группы пациентов хирургической клиники, оперируемые в экстренном и плановом порядке, и онкологических больных, подвергающихся калечащим операциям. Доказывается, что плановые хирургические больные и онкологические пациенты отличаются сходным поведением в критических ситуациях по психосоматическому типу: для них характерны сдерживание эмоций и сверхконтроль. Экстренные пациенты сходны в своем психологическом статусе со здоровыми людьми. Плановые хирургические больные и онкологические пациенты нуждаются в психологической коррекции и психотерапии в период подготовки к операции и после нее в соответствии с их типами личности и адаптационными ресурсами. В качестве психотерапевтических мишеней выбираются обучение «отреагированию» эмоций, преодолению зависимости от стереотипов поведения и мышления и изменению Я-концепции.

**Ключевые слова:** стресс; экстренные и плановые операции; онкология; механизмы психологической защиты; копинг-стратегии; адаптивные механизмы; психологические ресурсы.

УДК 159.9: 616-006:617-052

### **Ссылка для цитирования**

Русина Н.А., Барабошин А.Т., Ларичев А.Б. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 12. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15120

Поступила в редакцию: 25.07.2013 Прошла рецензирование: 21.08.2013 Опубликовано: 01.09.2013

## **Введение**

До сих пор вопрос о психической травме, вызванной мыслью о предстоящей операции, обсуждается не как значимая проблема, а как не особенно важный вопрос частного порядка. Единый феномен стресса дробится при его изучении специалистами разного профиля. Это дробление способствует более углубленному пониманию отдельных физиологических, психологических и социально-психологических проявлений стресса, закономерностей их развития, структур и функциональных механизмов, лежащих в основе этих проявлений. Однако такое искусственное дробление картины стресса лишает возможности его целостного понимания и ведет к потере концепта его неспецифичности [6]. Влияние на психику факта возникновения и развития онкологического заболевания с широким спектром эмоционально-личностных изменений может проявиться спустя продолжительное время в виде посттравматических стрессовых состояний. Американская Ассоциация Психиатров в 1994 году включила онкологические заболевания в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство. Хирургическое вмешательство тем более является его причиной.

Как известно, в рамках предоперационного и послеоперационного стрессов существенную роль выполняет тревога [3; 7]. Доказано, что как высокий, так и низкий уровень тревоги негативно сказываются на послеоперационном периоде. Оптимальным является средний уровень ситуативной тревоги [3]. При этом различаются тревога как сигнал и тревога как нарушение функционирования личности. Поэтому при подготовке больного к операции необходимо учитывать уровень его тревоги и особенности его психологических защит. Особое внимание перед операцией следует уделить реакции отрицания болезни, серьезности самого заболевания. Чем ближе становится угроза образу тела, тем в большей мере человек стремится минимизировать возможную опасность и спонтанно снизить уровень тревоги. В онкологической практике хирургические операции широко распространены, зачастую приводят к удалению органов или появлению косметических дефектов. На предоперационном этапе резко возрастают психогенные переживания: вследствие страха возможной гибели во время операции усиливается тревожно-депрессивный синдром, а также параноидные реакции [5].

## **Материалы и методы**

В исследовании принимали участие пациенты хирургического отделения больницы им. Семашко и областной клинической онкологической больницы (г. Ярославль). Первую группу составили пациенты, перенесшие полостные операции в экстренном порядке (38 человек) по поводу ургентной патологии органов брюшной полости (острый аппендицит — 20 наблюдений, перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки — 8 наблюдений), которая служила основанием для их неотложной госпитализации в хирургический стационар. Вторую группу составили пациенты, находившиеся на лечении в клинике по поводу заболеваний, которые служили поводом к производству планового оперативного вмешательства (57 чел.). У пациентов этой группы среди выполненных хирургических вмешательств имело место грыжесечение, в том числе с аллопластикой сетчатым эндопротезом (61,7%), и видеоэндоскопическая холецистэктомия (34,9%). По одному больному были выполнены операция Винкельмана и иссечение эпителиального копчикового хода [1]. Третью группу составили пациенты онкологической клиники, перенесшие калечащие хирургические операции (97 человек), первоначально 3 независимых подгруппы: стомированных (30 человек), мастэктомированных (36 человек) и гистерэктомированных (31 человек) больных [9;

10; 11]. Для определения степени различий внутри группы онкологических больных использовался критерий Крускала Уоллиса. Подгруппы оказались однородными, на основании чего все пациенты были сведены в общую группу онкологических больных. Для сравнения групп хирургических и онкологических пациентов был использован тот же критерий при установленном уровне значимости различий в пределах 0,05 ( $P \leq 0,05$ ).

Для проведения исследования были использованы опросник Мини-мульти (вариант СМЛ) [2; 12], методика «Индекс жизненного стиля» [8], копинг-тест Lazarus [4]. Все 3 группы больных достоверно различались по всем шкалам методики Мини-мульти, по субшкалам самоконтроля, поиска социальной поддержки, бегства-избегания копинг-теста Lazarus и по выраженности таких защитных механизмов, как отрицание, вытеснение, регрессия, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования методики «Индекс жизненного стиля». Для сопоставления полученных по группам результатов использовали медиану с 25 и 75 перцентильями. Это позволяет выявлять в исследуемых группах сквозное присутствие на всех уровнях личности определенного эмоционально-поведенческого паттерна, проявляющегося одной или несколькими ведущими тенденциями. Ведущая тенденция представляет собой стержневое качество личности, конституционально заданное и определяющее тип реакции на стресс, особенности адаптационных механизмов. При избыточной эмоциональной напряженности в состоянии дистресса и нарастании признаков социально-психологической дезадаптации это качество может способствовать успешной адаптации или перерасти в дезадаптивное состояние. Корреляционный анализ и силу корреляционных связей измеряли с помощью коэффициента Спирмена.

### Результаты и их обсуждение

В группе **пациентов хирургической клиники, оперированных в плановом порядке**, отмечается тенденция к адекватной реакции на процедуру тестирования. В целом профиль тяготеет к линейному с относительным повышением в рамках нормативного разброса шкал ригидности, сверхконтроля и эмоциональной лабильности (табл. 1). Склонность к повышению показателей по этим шкалам, характеризующим разнонаправленные тенденции, формирует смешанный тип реагирования. При этом типе реагирования на значимые жизненные ситуации потребность в самоактуализации сочетается с повышенным самоконтролем и сдерживанием поведенческих реакций, что характерно для пациентов психосоматической клиники, в т.ч. и для пациентов онкологической клиники [9; 10; 11]. Обращает на себя внимание низкий показатель по шкале оптимистичности. Это подчеркивает тенденцию к снижению оптимизма, жизнелюбия и собственной активности в значимых жизненных ситуациях, в том числе в условиях предстоящей плановой операции, которая является безусловным стрессором для пациентов данной группы. В сочетании с отмеченными тенденциями (относительное повышение показателей ригидности, сверхконтроля и эмоциональной лабильности) это маркирует ипохондрические настроения в трудных ситуациях. На этом фоне относительное повышение шкалы пессимистичности подчеркивает склонность пациентов к болезненному переживанию неудач, излишнему волнению, повышению чувства вины, неуверенности в себе. Перечисленные характеристики становятся явными при возникновении показаний к плановой операции. В группе отсутствуют высоко корреляционные связи между показателями методики СМЛ, что свидетельствует о менее жесткой структуре личности [1].

Свойства личности по методике Мини-мульти (Т-баллы)

Базисные шкалы	Статистические параметры		
	Плановые хирургические	Экстренные хирургические	Онкологические больные
Лжи (L)	47	47	50
Достоверности (F)	46	55	48
Коррекции (K)	51	45	54
Сверхконтроль	52	52	<b>56</b>
Пессимизм	50	50	<b>52</b>
Эмоциональная лабильность	52	48	<b>53</b>
Импульсивность	45	49	42
Ригидность	55	44	45
Тревожность	47	43	45
Индивидуалистичность	49	48	44
Оптимизм	46	51	47

Пациенты, оперируемые в плановом порядке, имеют высокую напряженность психологических защит (табл. 2). Доминирующую позицию занимает защита реактивное образование, предполагающая предотвращение неприемлемых для личности мыслей, чувств и поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Цель такого поведения — управление импульсами личности с высокой потребностью приятных стимулов. Другой механизм защитного поведения, имеющий высокую напряженность в этой группе — отрицание, позволяющий не воспринимать приводящую к внутренним конфликтам информацию. В психодиагностической системе Келлермана-Плутчика эти защиты занимают соседствующие позиции и маркируют сходные тенденции. Сильно напряжены защиты интеллектуализация и реактивные образования. Преобладание этих механизмов роднит их с группой онкологических пациентов. Склонность к застреванию на негативных переживаниях компенсируется решением более простых задач и развитием противоположных стремлений. Компенсация проявляется в виде повышенной, несколько демонстративной заботе о состоянии других пациентов, в форме попыток решать чужие проблемы, как в стационаре, так и за его пределами. Проекция проявляется в сообщении пациентов об излишней тревоге за их самочувствие у близких, родственников, а также высказываниями о необыкновенной заботливости медицинского персонала. Однако такие заявления выглядят неубедительно, поскольку они сопровождаются позами и взглядами, ожидающими в ответ соответствующую позитивную реакцию. Все это лишней раз подчеркивает наличие внутриличностных конфликтов у пациентов, оперированных в плановом порядке, их высокую потребность в эмоциональной поддержке и, прежде всего, со стороны сотрудников отделения — лечащего врача и медсестер. Напряженность остальных форм психологических защит у пациентов этой группы невысокая и находится на уровне нормативной. Обращает внимание лишь наименьшая напряженность замещения, респонденты данной группы в трудных ситуациях не склонны прибегать к разрядке враждебности и гнева на менее опасные и более доступные объекты, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. Все защиты, кроме вытеснения, статистически существенно выше нормы [1; 9; 10; 11].

Напряженность психологических защит

Базисные шкалы	Статистические параметры			
	Норма*	Плановые хирургические	Экстренные хирургические	Онкологические больные
Отрицание	55*	90	90	84
Вытеснение	63	63	76	63
Регрессия	68*	80	70	70
Компенсация	66	78	78	78
Проекция	50*	64	64	<b>72</b>
Замещение	63*	48	48	48
Интеллектуализация	57*	<b>76</b>	59	<b>76</b>
Реактивное образование	63*	<b>98</b>	61	<b>98</b>

\* Норма приведена по данным авторов апробации методики Л.И. Вассермана с соавт. [8].

В группе плановых хирургических больных копинг-стратегии принятие ответственности и поиск социальной поддержки занимают ведущие позиции (табл. 3). При этом имеет место достаточно высокая положительная корреляционная связь копинг-реакций, которая создает хорошие адаптационные ресурсы для пациентов. Подобные реакции обеспечивают разумное поведение больных в ситуации планирования операции и совладания с операционным стрессом и тревогой.

У пациентов, оперированных в плановом порядке, корреляционных связей между исследованными показателями меньше, чем в других группах. Однако среди них большая часть характеризуется коэффициентом Спирмена более 0,5. Выше и жесткость этих связей. В корреляционной плеяде с центром на шкале ригидности отмечается высокая положительная корреляционная связь со шкалами тревожности ( $r=0,45$ ), индивидуалистичности ( $r=0,62$ ), а также с напряженностью таких психологических защит, как регрессия ( $r=0,59$ ) и реактивное образование ( $r=0,51$ ). Таким образом, респонденты этой группы существенно отличаются в адаптационных механизмах. С повышением негибкости психических процессов и склонности к детализациям они демонстрируют индивидуальный стиль адаптации и повышение тревожности. Это проявляется повышением напряженности использования таких психологических защит, как регрессия и реактивное образование и, следовательно, выражается в более инфантильном, зависимом поведении. Показатели сверхконтроля находятся практически в линейной зависимости с показателями шкалы эмоциональной лабильности ( $r=0,8$ ), и, таким образом, с тенденцией проявлять избыточный контроль за эмоциональными и поведенческими проявлениями только увеличивалась эмоциональная нестабильность респондентов этой группы. Обращает на себя внимание положительная корреляционная связь между стратегиями самоконтроля и социальной поддержки копинг-теста Lazarus ( $r=0,65$ ). Последняя также коррелирует с психологической защитой — интеллектуализацией ( $r=0,4$ ). Это свидетельствует о способности больных, подвергаемых плановому оперативному вмешательству, контролировать свои эмоционально-поведенческие проявления, связывая их с наличием внешней поддержки значимых людей и с рационализациями на тему предстоящей операции. Корреляционная плеяда с центром на показателях оптимизма и активности свидетельствует о том, что

повышение общего тонуса этих пациентов связано с повышением показателей по шкале индивидуалистичности ( $r=0,38$ ) и с повышением напряженности психологической защиты интеллектуализация ( $r=0,44$ ). Это обстоятельство не повышает адаптивности, так как оно связывает проявления индивидуальности и обыденное мышление пациента, продлевающее стресс далеко за пределы объективного существования стрессора. В отличие от других респондентов у пациентов этой группы оказываются связанными большинство психологических защит. С повышением напряженности одной из них повышалась напряженность других, создавая, тем самым, перенапряжение защитного поведения в целом. Это можно наблюдать при рассмотрении корреляционной плеяды с центром на психологических защитах «отрицание» и «регрессия» [1].

**Группа пациентов онкологической клиники** характеризуется относительным повышением шкал сверхконтроля, эмоциональной лабильности и пессимистичности, что свидетельствует о смешанном типе реагирования (табл. 1). Сочетание преобладающих шкал сверхконтроля и эмоциональной лабильности выявляет пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, часто сопровождающийся «уходом в болезнь». Эмоциональная незрелость приводит у таких личностей к неконструктивному стилю переживаний, снижающий уровень тревоги, но оставляющий выраженной эмоциональную напряженность. Обращает на себя внимание также низкий показатель по шкале оптимистичности и высокий балл по шкале пессимистичности. Это подчеркивает тенденцию к снижению оптимизма, жизнелюбия и собственной активности в значимых жизненных ситуациях. Повышение шкалы пессимистичности, в свою очередь, подчеркивает наличие таких личностных особенностей как склонность к болезненному переживанию неудач, некоторому излишнему волнению, повышению чувства вины, неуверенности в себе, особенно в трудных ситуациях. Все значимые шкалы имеют высокую положительную корреляционную связь между собой, что свидетельствует об устойчивой личностной структуре онкологических больных. Напряженными оказались такие психологические защиты, как проекция и отрицание, являющиеся противоположно направленными (табл. 2). При этом информация, которая тревожит, не воспринимается, а неприемлемые чувства и мысли приписываются другим людям, которым нередко больные ставят в вину свое заболевание. Выраженными оказываются интеллектуализация и реактивные образования, являющиеся соседними в диспозициях и представляющими уход в мир слов и поступков путем преувеличения. Преобладающими оказываются психологические защиты реактивные образования и отрицание, являющиеся сходными диспозициями по Келлерману-Плутчику, усиливающими друг друга. Информация, которая тревожит, не воспринимается, а выражение неприемлемых чувств, мыслей, поступков предотвращается путем развития противоположных стремлений. Истинные чувства, мысли и поступки скрываются и отрицаются. Пациенты этой группы предпочитают поиск социальной поддержки и самоконтроль в трудной ситуации (табл. 3). В профиле личности имеет место усиление сверхконтроля. Для них характерно сдерживание эмоций. В этой группе внутренняя связь между защитными механизмами и внутренняя связь между копинг-реакциями имеет менее организованную структуру с менее высокими корреляционными связями, что не обеспечивает адаптивное поведение. Корреляционные связи между показателями личности демонстрируют высокую чувствительность к средовым воздействиям, сопровождающуюся неустойчивостью эмоционального состояния, которое подавляется, контролируется, реализуясь в реакциях дистанцирования, развития противоположных стремлений. Таким образом, адаптационные ресурсы онкологических больных, которым показано оперативное вмешательство, приводящее к потере органа, обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля [9; 10; 11].

Стратегии совладания по Lazarus

Базисные шкалы	Статистические параметры			
	Норма**	Плановые хирургические	Экстренные хирургические	Онкологические больные
Конфронтационный копинг	48,6*	44	<b>55</b>	50
Дистанцирование	48,7	61	57	56
Самоконтроль	65,1*	61	57	<b>62</b>
Поиск социальной поддержки	63,1*	<b>66</b>	61	<b>67</b>
Принятие ответственности	64,3*	<b>66</b>	66	58
Бегство-избегание	44,5*	50	50	46
Планирование решения проблем	67,7	61	66	56
Положительная переоценка	58,4*	57	57	57

\*\*Показатели группы нормы приводятся по данным Л.И. Вассермана с соавт. [4].

Анализируя корреляционную матрицу показателей методик в подгруппе онкологических пациентов, мы видим также высокий удельный вес связей с коэффициентом Спирмена более 0,5, которых около половины. Первая корреляционная плеяда с высокими значимыми связями отмечается с центром на шкале тревожности, которая коррелирует со шкалами индивидуалистичности (0,91), пессимистичности (0,89), импульсивности (0,79), сверхконтроля (0,76). Это усиливает пассивно-оборонительную позицию, инертность мышления, склонность к сомнениям, заниженной самооценке. Вторая корреляционная плеяда с центром на шкале индивидуалистичности: положительная корреляция со шкалами импульсивности (0,87), сверхконтроля (0,73), пессимистичности (0,64). Это способствует склонности к раздумьям, которые превалируют над чувствами. Ситуация, субъективно воспринимаемая пациентами как стресс, вызывает состояние полной растерянности. Третья плеяда — в центре шкала сверхконтроля, коррелирующая со шкалами импульсивности (0,62), эмоциональной лабильности (0,60), — приводит к сдерживанию, скупости эмоциональных проявлений, пессимистичному настроению. Эмоциональная лабильность коррелирует с пессимистичностью (0,89). При этом наблюдается практически полное отсутствие значимых корреляционных связей между показателями индекса жизненного стиля и стратегий совладания, а также между шкалами Мини-мульти и показателями индекса жизненного стиля. Не коррелируют между собой шкалы индекса жизненного стиля, а также копинг-реакции. Это свидетельствует о недостаточности адаптационных ресурсов онкологических больных. Но обнаружена высокая значимая связь шкал Мини-мульти и копинг-стратегий. Конфронтационный копинг отрицательно коррелирует со шкалами сверхконтроля (-0,72), импульсивности (-0,53), ригидности (-0,65), реакция дистанцирования отрицательно коррелирует со шкалой импульсивности (-0,53), реакция бегства-избегания положительно коррелирует со шкалой оптимистичности (0,54). Это позволяет предположить, что в своем поведении больные используют сознательные усилия, но высокий контроль за собственными реакциями на фоне негибкости поведения, осторожности не позволяют больным вступать в конфронтацию и приводит к дистанцированию от предмета конфликта [9; 10; 11].

**В группе пациентов хирургической клиники, оперированных в экстренном порядке,** также отмечается смешанный стиль реагирования (табл. 1). Однако характер его существенно отличается от предыдущих групп. Об этом свидетельствует относительное повышение показателя по шкале сверхконтроля, выявляющего тенденцию к возрастанию самоконтроля. Указанные изменения свидетельствует о

довольно высоком уровне общего тонуса личности, желании находиться в центре внимания, общительности. Одновременно с повышением этого показателя в рамках нормативного разброса отмечается увеличение числового выражения по шкалам пессимистичности и оптимистичности. Это отражает достаточно выраженную степень неудовлетворенности существующей ситуацией и эмоциональный дискомфорт, испытываемый пациентом, в первую очередь, в связи с оперативным вмешательством. Кроме того, относительные повышения в рамках нормативного разброса отмечаются по шкалам импульсивности и оптимистичности, снижения — по шкалам тревожности и эмоциональной лабильности. Применительно к испытываемому пациентом непосредственному влиянию на него перенесенного экстренного оперативного вмешательства заметим, что подобные отклонения в психоэмоциональной составляющей подтверждают ослабление доминирующего влияния на психику операции, которая приобретает статус «факта в прошлом». Этому способствует скоротечность влияния экстренной операции, когда, к счастью, не успевают сформироваться необратимые или трудно исправляемые константы в психоэмоциональном состоянии пациента общехирургического профиля. Выявленное сочетание разнонаправленных тенденций делает эмоциональные и поведенческие проявления респондентов исследуемой группы неровными и весьма противоречивыми. Данное обстоятельство маркирует, с одной стороны, относительную сбалансированность личностного реагирования на оперативное вмешательство и высокий уровень жизнелюбия. Однако, с другой стороны, выявляется и известная доля инфантильности, не свойственная взрослому человеку, что находит свое выражение в легкой смене настроения от эйфоричности до ипохондрических и депрессивных переживаний в связи с производством оперативного вмешательства. Респонденты группы экстренных хирургических пациентов демонстрируют структуру защитного поведения, близкую к норме (табл. 2). Исключение составляет психологическая защита отрицание, напряженность которой высока. Такая защита позволяет человеку не воспринимать тревожащую его и очевидную для других людей информацию, что согласуется с уже упомянутой долей инфантилизма в поведении. Данное поведение характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. Это может находить отражение в «легком», несерьезном отношении к лечению, недостаточной ответственности в выполнении назначений, в нарушениях распорядка отделения. После производства экстренного хирургического вмешательства наименьшую напряженность имела такая психологическая защита как замещение, которая может проявляться в переводе реагирования на объект, менее угрожающий по сравнению с вызвавшим реакцию в реальности. Напротив, увеличение напряженности приходилось на вытеснение и проекцию. Вытеснение предполагает выведение в бессознательную сферу неприятных чувств, мыслей и желаний. Это, в свою очередь, позволяет пациентам, перенесшим полостную операцию, не обсуждать и не обдумывать вопросы, вызывающие тревогу. Второй механизм — проекция — позволяет неприемлемые чувства, мысли и собственные качества «обнаруживать» в поведении других лиц: это не я (пациент) безответственный, пассивный, некомпетентный, а таковы медицинские работники, медицина в целом. Отмечено также значительное повышение напряженности другой формы психологической защиты — интеллектуализации, с помощью которой можно много рассуждать, анализировать травматичную операцию, но при этом отказываться от своих тревожных чувств. В целом в группе экстренных хирургических пациентов защитное поведение представляется более сбалансированным по сравнению с предшествующими подгруппами. Респонденты этой группы отдают предпочтение принятию ответственности и планированию решения проблем как стратегиям совладания с трудной ситуацией при незначительном преобладании первой. Следует также отметить, что значимость социальной поддержки и самоконтроля в этой группе несколько снижается по сравнению с группами плановых хирургических и онкологических пациентов. В клинике они проявляются специфической поведенческой реакцией. Пациенты часто обращаются с вопросами по поводу своего заболевания к врачам и медсестрам, ищут сочувствия у других пациентов, любой, даже самый незначительный повод, используют для привлечения к себе внимания, что помогает им

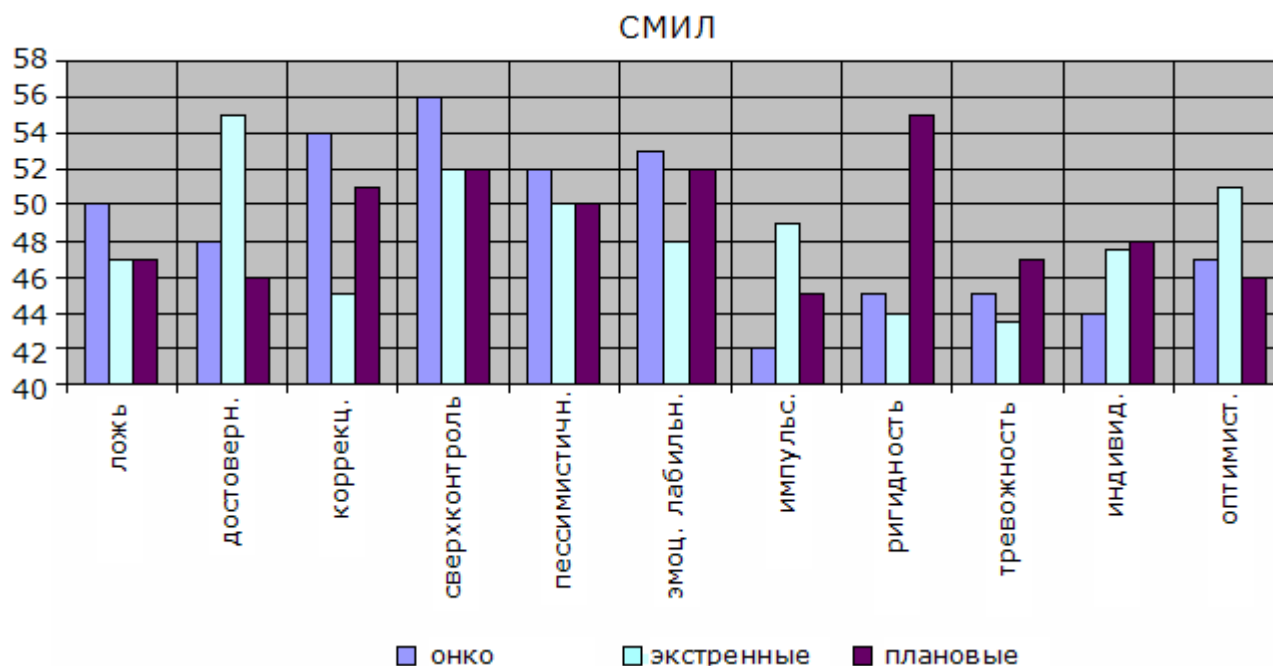


контролировать свои эмоциональные проявления. Другой стратегией совладания, по которой сравниваемые группы достоверно различались, было бегство-избегание. Оно характеризуется сознательными усилиями для избегания тревожащих ситуаций и не представляет для этой группы существенного значения, а в структуре совладающего поведения имеет наименьшее цифровое выражение. Стратегия конфронтационный копинг выше, чем в других группах больных, т.е. эти больные способны проявлять агрессию, доказывать свою точку зрения [1; 10].

Анализ корреляционной матрицы показателей, которые характеризовали психоэмоциональный статус пациентов, оперированных в экстренном порядке, показал, что количество имевшихся значимых связей было равно 80. В то же время имелось меньшее число корреляционных связей с коэффициентами Спирмена более 0,5 (22) и более 0,7 (2). В целом же связи между личностными особенностями и стратегиями адаптации у пациентов, перенесших экстренную операцию, оказались менее жестко организованными. Исходя из полученной информации, можно утверждать, что фактор неожиданности, каковым явилось экстренное оперативное вмешательство, определяет существенные отличия характера адаптации у пациентов этой клинической группы. Анализ корреляционной плеяды с центром на шкале сверхконтроля показывает усиление положительной корреляционной связи с показателями шкал пессимистичности ( $r=0,64$ ) и эмоциональной лабильности ( $r=0,6$ ). Это свидетельствует о попытке больных повысить контроль своих эмоций и поведения, который сопровождается одновременным повышением эмоциональной неустойчивости, порога чувствительности к любым физическим раздражителям и степени пессимизма и неудовлетворенности. На практике это означает, что когда пациенты не проявляют всего спектра своих переживаний, видны сниженный фон настроения, повышенная эмоциональная реакция на нейтральные, казалось бы, стимулы, можно услышать жалобы на усиление боли или сетования на трудную переносимость привычных лечебных процедур и режимных моментов. Наряду с этим отмечается слабая положительная корреляционная связь тенденции к повышенному самоконтролю с показателями тревожности ( $r=0,35$ ) и индивидуалистичности ( $r=0,33$ ), что делает адаптацию к пребыванию в хирургическом стационаре довольно трудной. Анализ корреляционной плеяды с центром на показателе напряженности психологической защиты отрицание, которая имеется у пациентов с ургентной хирургической патологией в максимальной выраженности и выходит за нормативные рамки, обнаруживает отрицательную ее связь с большинством базисных шкал методики Мини-мульти. Это проявляется в склонности отрицать наличие проблем, что приводит к повышению эмоциональной стабильности ( $r= -0,49$ ), конформности ( $r= -0,39$ ) и снижению уровня ситуационной тревожности ( $r= -0,39$ ). Отрицание сопряжено с повышением напряженности таких психологических защит, как интеллектуализация ( $r=0,49$ ) и реактивное образование ( $r=0,37$ ). Это говорит о том, что пациенты, защищая свою психику от травмирующих размышлений, склонны рационализировать на тему тревожащих их переживаний, демонстрировать поведение и высказывания, противоположные желаемому. Доминирующая в профиле Мини-мульти шкала ригидности имеет положительные корреляционные связи со шкалами надежности ( $r=0,46$ ) и таким механизмом психологической защиты, как регрессия ( $r=0,34$ ), что свидетельствует о наличии у пациентов исследуемой группы некоторой доли инфантилизма в реагировании на травматичную ситуацию — оперативное вмешательство. Показатели оптимизма положительно коррелируют с уровнем индивидуалистичности ( $r=0,51$ ) и защитным поведением по типу замещения ( $r=0,33$ ), что маркирует незрелое отношение к актуальной ситуации — экстренной хирургической операции [1].

Сравнительный анализ по методике СМИЛ [7] трех групп больных, подвергшихся оперативному вмешательству, выявил следующие тенденции: профиль группы онкологических пациентов по конфигурации практически совпадает с профилем плановых больных по шкалам сверхконтроля, пессимистичности и эмоциональной лабильности, оказываясь чуть более высоким (гистограмма 1).

Сравнительный анализ личностных профилей изучаемых групп



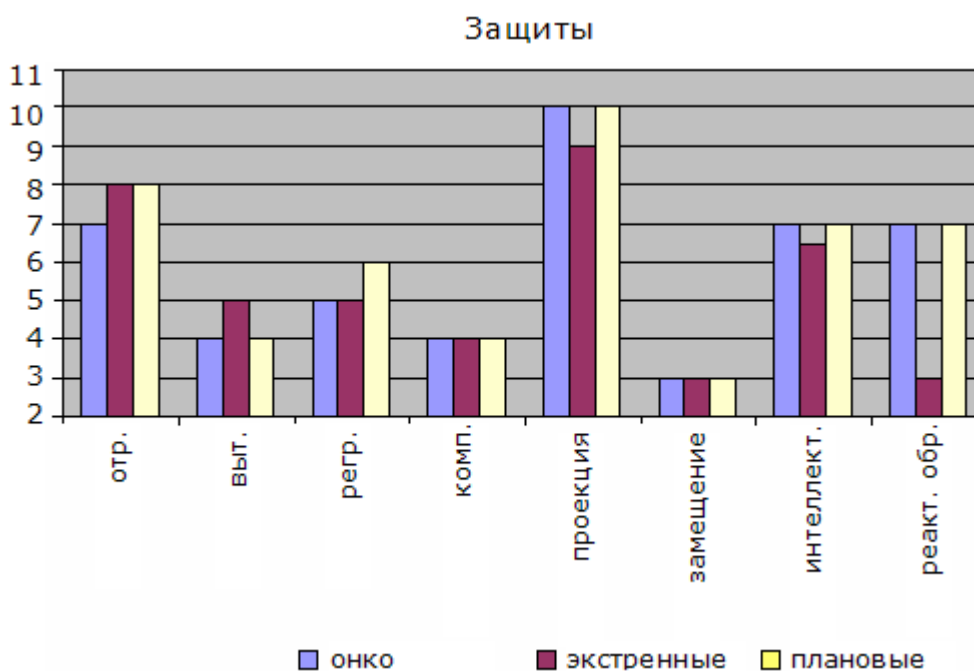
У онкологических больных шкала сверхконтроля является ведущей. Как известно, это характеризует личностей, склонных к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать нормативным критериям. На второй позиции эмоциональная лабильность, которая в ситуации стресса формирует психологическую тревогу, трансформирующуюся в функциональные нарушения на биологическом уровне. Эти механизмы в сочетании создают почву для развития психосоматических заболеваний.

У плановых хирургических больных самым высоким в профиле с резким подъемом является значение по шкале ригидности. В рамках нормативного разброса это свидетельствует о стеничности установок, активной позиции при противодействии внешним силам, прямолинейности и упорстве в отстаивании своих принципов, тем более в сочетании с тенденцией к сверхконтролю (третье место). На втором месте также эмоциональная лабильность, но при наличии повышенной склонности к ригидности и опять же тенденцией к сверхконтролю такие больные оказываются более устойчивыми к стрессу. Обе подгруппы характеризуются снижением жизнелюбивых тенденций и общей активности.

У экстренных хирургических пациентов доминируют шкалы сверхконтроля и оптимизма-пессимизма, что в случае низких значений тревожности и ригидности все же создает основу для появления некоторой осторожности и осмотрительности, а также склонность к перепадам настроения. Различия по всем шкалам методики Мини-мульти статистически значимы для всех обследованных подгрупп.

Профили значений по методике индекса жизненного стиля совпадают практически у всех групп пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, за исключением реактивного образования: у онкологических и плановых хирургических больных оно значительно выше и совпадает, у экстренных — ниже и совпадает с нормой. В сравнении с нормативными значениями у больных все значения выше (за исключением замещения). Различия между всеми группами статистически значимы по всем шкалам, кроме компенсации (гистограмма 2).

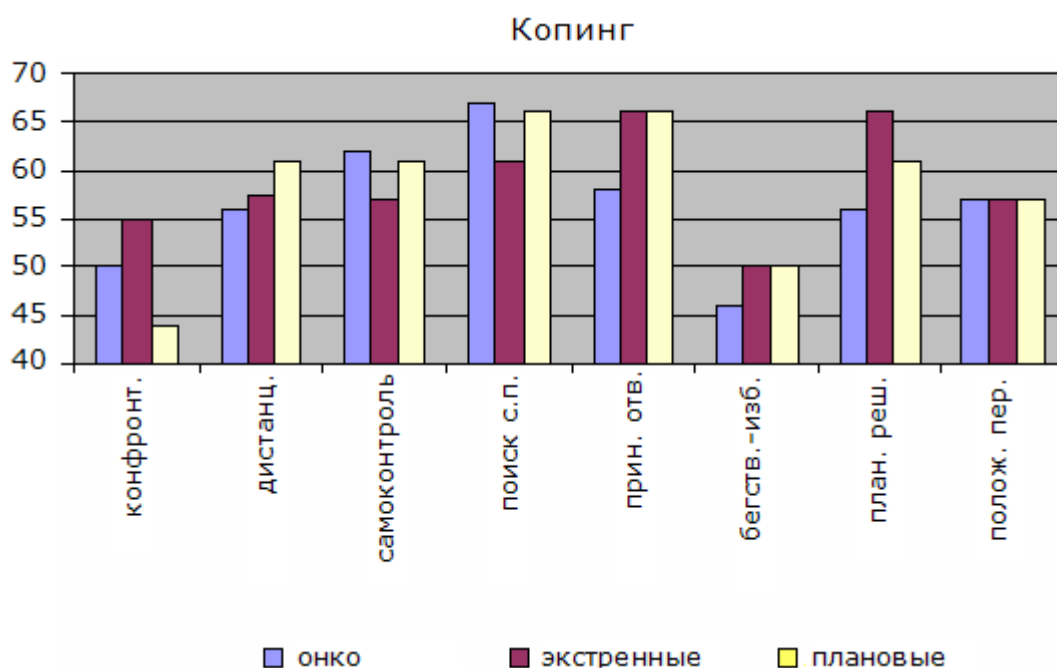
Сравнительный анализ защитных механизмов личности изучаемых групп



По методике копинг-стратегий преобладающими стратегиями для онкологических больных являются поиск социальной поддержки и самоконтроль, поскольку для их типа личности характерны зависимость от социальных норм, окружения и сверхконтроль. Для плановых хирургических больных характерны поиск социальной поддержки и принятие ответственности. Общее между ними — поиск социальной поддержки — объясняется мотивационной направленностью личности на нормативные критерии в социальном окружении. Жестко связаны самоконтроль и поиск социальной поддержки. Бегство-избегание положительно коррелирует с психологической защитой отрицание, что позволяет предположить наличие неосознанной стратегии поведения (гистограмма 3).

Таким образом, в стрессовой ситуации общее между онкологическими и плановыми хирургическими больными в том, что и те, и другие чаще прибегают к социальной помощи. Для экстренных хирургических пациентов характерно планирование решения проблем и принятие ответственности. Плановых и экстренных хирургических пациентов объединяет присутствие собственной ответственности. Но, если у плановых хирургических пациентов это происходит за счет стеничности, рациональности и большей устойчивости к стрессу, то экстренные хирургические пациенты — еще не успели опомниться и испугаться — проявляют большую уверенность в своем будущем. Они легко принимают решения. Но решения экстренных больных нередко легковесны, не обдуманны. Для экстренных хирургических пациентов характерны планирование решения проблем и принятие ответственности, все копинг-стратегии самостоятельны, что свидетельствует об адаптивности поведения. Бегство-избегание отрицательно коррелирует с психологической защитой «отрицание», что позволяет сделать вывод об осознанности данной стратегии поведения.

Сравнительный анализ копинг-стратегий изучаемых групп



Между группами различия статистически значимы для стратегий самоконтроль, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, планирования решения проблем. Стратегия планирования решения проблем выше в группе экстренных хирургических пациентов, на втором месте — плановые больные, на последнем месте — онкологические больные.

Подводя итоги, можно обобщить, что в группах онкологических и плановых хирургических пациентов в рамках нормативного разброса доминируют шкалы сверхконтроля, эмоциональной лабильности, пессимистичности. Для них характерен смешанный тип реагирования, при котором потребность в самоактуализации сочетается с самоконтролем и тенденцией к сдерживанию поведенческих реакций. В группе экстренных хирургических больных преобладают шкалы оптимистичности и сверхконтроля (смешанный тип реагирования, но с более высоким уровнем жизнелюбия). В группе онкологических больных доминирующими психологическими защитами оказались проекция, реактивные образования, отрицание, в группе плановых хирургических пациентов — проекция, отрицание, интеллектуализация, в группе экстренных — проекция и отрицание. В группе онкологических больных преобладают самоконтроль и поиск социальной поддержки, в группе плановых — планирование решения проблем и принятие ответственности, в группе экстренных — планирование решения проблем.

В группе онкологических пациентов отмечена положительная корреляция эмоциональной лабильности со сверхконтролем, пессимистичностью, тревожностью, индивидуалистичностью, между замещением и дистанцированием, компенсацией и самоконтролем, реактивным образованием и самоконтролем, отрицательная корреляция между отрицанием и дистанцированием, проекцией и планированием решения проблем. В группе плановых хирургических больных получена положительная корреляция эмоциональной лабильности с пессимистичностью, индивидуалистичностью, тревожностью, ригидности с регрессией, самоконтроля с интеллектуализацией, реактивного образования с чувством вины и обиды. В группе экстренных пациентов

имеется положительная корреляция сверхконтроля с пессимизмом, оптимизма с индивидуалистичностью, повышение эмоциональной лабильности отрицательно коррелирует с отрицанием и интеллектуализацией.

Итак, главное сходство онкологических и плановых хирургических больных: эмоциональная лабильность, реактивные образования и поиск социальной поддержки, главное отличие — сдерживание эмоций и самоконтроль у онкологических больных, стеничность и принятие ответственности у плановых хирургических больных. Адаптационные ресурсы онкологических пациентов менее выражены, чем у хирургических больных [9; 10; 11].

Структура эмоциональных переживаний различна во всех трех группах, что формирует направления адекватной психологической и психотерапевтической поддержки с учетом этих особенностей. Для плановых хирургических больных следует признать легитимность эмоционального реагирования на предстоящее оперативное вмешательство. В работе А.Т. Барабошина [1] применялись различные методы коррекции психоэмоционального состояния пациентов, которым предстояли плановые операции: приемы невербальной (бессловесной) психологической коррекции, поддерживающая психотерапия, элементы когнитивной терапии, прогрессивная релаксация по Джекобсону, техника «соматического переживания», при этом пациент подвергался обследованию по методике САН до коррекции и после. Показатель САН «настроение» значительно улучшался (табл. 4).

Таблица 4

Субъективная оценка психологического статуса пациентов

Психологический показатель	Этап исследования				
	норма	до коррекции		после коррекции	
		М	$\sigma$	М	$\sigma$
самочувствие	> 5,4	4,5	1,05	4,66	1,06
активность	> 5,0	4,7	0,68	4,77	0,65
настроение	> 5,1	4,45*	1,02	4,81*	0,92

\* —  $p < 0,05$ ; в остальных случаях  $p > 0,05$ .

Психотерапевтическая работа с онкологическими больными должна включать обучение эмоциональному «отреагированию», поведенческой гибкости, преодолению стереотипов, принятию себя. Для пациентов онкологической клиник сопровождение может ставить следующие задачи: гармонизация эмоциональной сферы, формирование адекватной внутренней картины болезни, формирование позитивного образа «я в будущем». Психотерапевтическая триада онкологических больных — эмоциональная скупость, мышечный панцирь и неконгруэнтность смыслов личности. Поэтому в работе с ними мы применяем методы когнитивной, эмотивной, поведенческой, телесно-ориентированной и экзистенциальной терапии, используя интегрированный личностно-ориентированный подход.

У экстренных хирургических больных обращает на себя внимание более высокий уровень физической агрессии и достаточно низкий показатель вины и негативизма. С одной стороны, это обеспечивает адекватное функционирование адаптационных механизмов. Но их попытки повысить самоконтроль сопровождаются избыточной эмоциональной неустойчивостью, что одновременно сопряжено со снижением порогов чувствительности к различным раздражителям, в том числе физическим (например, к боли). В результате у больных присутствует (иногда плохо осознаваемый) пессимизм и

чувство неудовлетворенности. В ситуации психологической угрозы они в большей степени, нежели здоровые лица, склонны как к осознанному избеганию тревожащих ситуаций, так и к их отрицанию или проецированию тревоги на внешний мир, других людей. В целом можно говорить о достаточно оптимистичном, но очень противоречивом эмоционально-поведенческом способе реагирования пациентов, подвергшихся оперативному лечению по экстренным показаниям. Зная особенности их эмоционального реагирования на операцию, можно попытаться предотвратить развитие психологических проблем подобного рода. При этом следует опираться на достаточный уровень оптимизма и жизненной активности, который продемонстрировали респонденты этой группы в ходе исследования.

### **Выводы**

1. Пациенты с онкопатологией, перенесшие операции, и плановые хирургические больные имеют сходные психосоматические типы по психоэмоциональному статусу: для них характерно проявление сверхконтроля со сдерживанием эмоций. Адаптационные ресурсы онкологических больных, перенесших оперативное вмешательство, обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля.

2. Адаптационные механизмы онкологических больных — психологические защиты протективного типа (проекция, реактивные образования, отрицание), самоконтроль и поиск социальной поддержки как стратегии совладания. Адаптационные механизмы больных хирургического профиля, оперируемых в плановом порядке, поддерживаются ригидностью, стеничностью, активностью в отстаивании своей позиции, рациональностью, поиском социальной поддержки и принятием ответственности, наличием структурированной системы совладающих реакций, что обеспечивает им осознанное поведение в ситуации подготовки и проведения операции. Адаптивные ресурсы в ситуации экстренного хирургического оперативного вмешательства обеспечиваются низкой эмоциональной лабильностью и защитными механизмами личности.

3. Структура эмоциональных переживаний пациентов различна и формирует направления адекватной психологической и психотерапевтической поддержки с учетом этих особенностей.

### **Литература**

1. Барабошин А.Т. Психоэмоциональный статус и возможности его коррекции у больных общехирургического профиля: дисс. ... канд. мед. н. – Ярославль, 2007. – 184 с.
2. Березин Ф.Б. Мирошниченко М.Б., Рожанец Е.В. Методика многопрофильного исследования личности. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Коржова М.И. Психология жизненных ситуаций. – М., 1998. – 263 с.
4. 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.
5. Гнездилов А.В., Бажин Е.Ф. Психогенные реакции у онкологических больных: методические рекомендации. – Л., 1983. – 38 с.
6. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
7. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М.: Медицина, 1987. – 184 с.
8. 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.

9. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. II (39). – № 2. – С. 283–285.
10. 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.
11. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. – С. 115–121.
12. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство. – М.: МКЦ, 1990. – 75 с.
13. Фомин А.В. Системный подход в лечении больных после оперативных вмешательств // Психосоматическая медицина – 2006: сборник тезисов I международного конгресса. – СПб. – 2006. – С. 191–192.

## Emotional stress of surgical and oncological patients

Rusina N.A.<sup>1</sup>  
E-mail: [psycholog@yma.ac.ru](mailto:psycholog@yma.ac.ru)

Baraboshin A.T.<sup>1</sup>  
E-mail: [atbar@mail.ru](mailto:atbar@mail.ru)

Larichev A.B.<sup>1</sup>  
E-mail: [larich\\_ab@mail.ru](mailto:larich_ab@mail.ru)

<sup>1</sup> Yaroslavl State Medical Academy  
Revolyutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia  
Phone: (4852) 30-56-41

**Abstract** Personality and environmental factors determine behavior of surgical and oncological patients during the operation. 38 urgent surgery patients, 57 scheduled surgery patients, 97 oncological patients were designed for personal attitudes, protective mechanisms and coping-reactions in stress situation during an operation. Both the patients who were subjected to a scheduled surgery and oncological patients have similar emotional reactions of suppression emotions and self-control in critical situations in accordance with their psychosomatic status. They have archaic protective mechanisms and non-effective coping-reactions and couldn't be flexible. Urgent surgery patients look like healthy people in situation of stress during an operation. Scheduled surgery patients and oncological patients badly need special psychological correction and psychotherapy before and after operation according to their type of personality and adaptive mechanisms. The correction can conclude training for emotional reactions, overcoming dependence on stereotypes of behavior and thinking and changing of self-conception.

**Key words:** stress; urgent surgery; scheduled surgery; oncology; protective mechanisms; coping-reactions; adaptive mechanisms; psychological resources.

### For citation

Rusina N.A., Baraboshin A.T., Larichev A.B. Emotional stress of surgical and oncological patients. *Med. psihol. Ross.*, 2013, vol. 5, no. 5, p. 12. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15120 [in Russian, abstract in English].