

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ГОРТАНИ

Н.А. Русина, К.С. Мусеева

Представленная статья посвящена изучению психологических особенностей пациентов с онкологическими заболеваниями гортани, согласившихся на операцию либо отказавшихся от нее несмотря на наличие витальной угрозы. Обследовано 109 человек с диагнозом рак гортани I–IV клинической стадии, в том числе 106 мужчин и 3 женщины в возрасте от 40 до 89 лет. В исследовании применялись следующие методики: опросник Мини-мульти, методика «Индекс жизненного стиля», копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана, опросник выраженности психопатологической симптоматики. У пациентов, отказывающихся от операции, выявлены значимо более высокие показатели фобической тревожности и напряженности психологической защиты «проекция». У всех пациентов с онкологическими заболеваниями отмечается симптоматический дистресс. Все обследованные пациенты (за исключением пациентов с трахеопищеводным шунтированием) склонны к сверхконтролю, соответствию нормативным критериям, стремятся сдерживать эмоции, а в ситуации витальной угрозы используют в большей степени защитные механизмы, а не копинг-стратегии. На фоне более высокой импульсивности отмечается их большая склонность к соматизации посредством ухода в болезнь как средство избегания ответственности. Больные после трахеопищеводного шунтирования менее импульсивны, для них характерно повышение уровня всех копинг-стратегий. По результатам исследования сформулирован вывод о необходимости проведения психологической подготовки больных к операции, направленной на снятие страхов и беспокойств, на обучение пациентов методам саморегуляции, на работу с их депрессией и тревогой.

Ключевые слова: онкология, рак гортани, операция, психологические различия, психологические защиты, копинг-стратегии.

Введение. Адаптационные ресурсы онкологических больных, перенесших оперативное вмешательство, приводящее к потере органа, обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля [5]. 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 [8].

В структуре смертности населения страны злокачественные новообразования занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы, травм и несчастных случаев. Выявление онкологической патологии, как правило, осуществляется на II–III стадиях заболевания, при которых требуется выполнять большие объемы дорогостоящего лечения, что в итоге может привести к инвалидизации больного и невозможности вести привычный образ жизни. Распространённость

рака гортани составляет 65–70 % от всех выявленных злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и 1–4 % числа всех злокачественных опухолей различной локализации, при том, что по статистике раком гортани страдают преимущественно мужчины [3]. При этом 60–80 % всех выявленных случаев рака гортани приходится на III или IV стадии заболевания. При выборе метода лечения учитывают локализацию, распространённость поражения, морфологическую структуру новообразования, сопутствующие воспалительные явления в органе, общее состояние больного и его согласие на тот или иной вид лечения. Для лечения применяют химиотерапию, хирургический и лучевой методы лечения, а также их комбинацию. В процессе проводимого лечения необходимо учитывать меру его радикальности по отношению к опухоли, требующую, в то же время восстановления дыхательной, голосовой и защитной функций органа. На ранних стадиях лечения рака гортани возможно проведение лучевой терапии, частичной резекции гортани или комбинированного лечения. Однако недостатки такого лечения (частые рецидивы роста опухоли, нагноения окружающих тканей и другие осложнения от больших доз облучения) объясняют преимущество выбора радикального оперативного лечения. В большинстве случаев требуется выполнение ларингэктомии. Радикальность операции при возникновении рецидива опухоли или регионарных метастазов позволяет добиться высоких показателей 3,5-летней выживаемости таких больных. Однако при таких операциях неизбежна необходимость восстановления голоса. На сегодняшний день известны три основных способа «создания нового голоса»: пищеводный голос («чревоглаголание»), восстановление голоса при помощи вибрирующего электронного аппарата («электрогортань»), трахеопищеводная речь с помощью трахеопищеводного шунтирования (ТПШ).

Такого рода 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 психологических особенностей пациентов с онкологическими заболеваниями гортани, 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. Всем пациентам был поставлен 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 при консультативном участии врачей-онкологов: радиологов и хирургов. Клинические характеристики больных представлены в табл. 1.

Для исследования психологического статуса больных были использованы психологические методики.

1. Опросник Мини-мульт (вариант СМИЛ), являющийся сокращенным вариантом MMPI [1, 9].

2. Методика «Индекс жизненного стиля», разработанная на основе психозволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности H. Kellerman [4].

3. Копинг-тест (*Ways of Coping Questionnaire* Р. Лазаруса и С. Фолкман, *WCQ*) [2].

4. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (*Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R, SCL-90-R*) [10].

При математико-статистической обработке использовались методы описательной статистики. Результаты исследования проверены на характер распределения и оказались отличными от нормального. Достоверность различий определялась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Данные обрабатывались с помощью пакета компьютерных статистических программ Statistica 8.0.

Обсуждение результатов исследования

Основные результаты исследования представлены в табл. 2–5.

Больные, перенесшие трахеопищеводное шунтирование (ТПШ), имеют низкие значения по шкалам импульсивности. Это харак-

Клиническая (медицинская) психология

Таблица 1

Клинико-возрастные характеристики обследованной выборки пациентов с опухолями гортани

Клинико-возрастные характеристики больных						
Возраст	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–89 лет	Всего
Число больных	3	36	38	27	5	109
Отказ от операции	0	11*	5	3	2	21
Операция резекции гортани	1*	9	11	13	1	35
Операция ларинг-эктомии	1	11	19	7	2	40
Трахеопищеводное шунтирование	1	5	3	4*	0	13

Клинические характеристики пациентов с заболеванием различной клинической формы											
Локализация	T1N0 M0	T2N0 M0	T3N0 M0	T4N0 M0	T2N1 M0	T3N1 M0	T4N1 M0	T4N0 M1	T2N2 M0	T3N2 M0	T4N2 M0
Кол-во пациентов	2	29	48	19	2	1	4	1	1	1	1
Отказ от операции	0	3	8	6	0	0	1	0	0	1	1
Операция резекции гортани	1	21	10	1	2	0	0	0	0	0	0
Операция ларинг-эктомии	0	4	21	8	0	1	3	1	1	0	0
Трахеопищеводное шунтирование	1	1	9	4	0	0	0	0	0	0	0

* в т. ч. 1 женщина.

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей по шкалам методики МИНИ-МУЛЬТ у пациентов с опухолями гортани (по значениям медианы, Ме)

Наименование шкалы	Статистические значения		
	Ме у больных, отказавшихся от операции	Ме у всех прооперированных больных	Ме у прооперированных больных (только ТПШ)
Шкала лжи L	47,00	55,00	51,00
Шкала достоверности F	50,00	50,00	50,00
Шкала К	47,00	51,00	51,00
Сверхконтроль	56,50	55,00	53,50
Пессимизм	48,00	46,00	48,00
Эмоциональная лабильность	52,00	52,00	50,00
Импульсивность	49,00	49,00	40,00
Ригидность	49,00	49,00	49,00
Тревожность	41,00	43,00	39,00
Индивидуалистичность	49,00	49,00	49,00
Оптимизм	52,00	52,00	52,00

теризует их как более социально адаптированных, стабильных людей и свидетельствует об их спокойствии, уверенности в будущем, несмотря на имеющееся заболевание. У других прооперированных больных и получавших лучевую терапию пациентов более высокие значения по шкале импульсивности свидетельствуют об их агрессивности, конфликтности, стремлении казаться значимее, чем есть. Медианные значения по шкале сверх-

контроля у неоперированных больных радиологического отделения являются самыми высокими, что позволяет определить их как лиц, медленно приспосабливающихся к ситуации, легко дезадаптирующихся в социальных конфликтах, плохо переносящих какие-либо перемены. В связи с этим информацию о необходимости операции они могут не воспринять адекватно, с трудом принимают решения. По шкале оптимистичности пациенты

Таблица 3
Сравнительная характеристика показателей по шкалам методики «Индекс жизненного стиля»
(по значениям медианы, Ме)

Наименование шкал (по механизмам психологической защиты)	Статистические значения			
	Ме у больных, отказавшихся от операции	Ме у всех прооперированных больных	Ме у прооперированных больных (только ТПШ)	Норма методики*
Отрицание	97,00	90,00	97,50	55
Вытеснение	52,50	63,00	63,00	63
Регрессия	44,00	35,00	44,00	68
Компенсация	63,00	63,00	63,00	66
Проекция	72,00*	64,00*	46,00**	50
Замещение	37,00	48,00	42,50	63
Интеллектуализация	76,00	76,00	76,00	57
Реактивное образование	83,50	76,00	61,00	63

* Норма приведена по данным авторов апробации методики Л.И. Вассермана с соавт. [4].

Таблица 4
Сравнительная характеристика показателей по шкалам копинг-стратегий теста R. Lazarus
(по значениям медианы, Ме)

Копинг-стратегии	Статистические значения			
	Ме у больных, отказавшихся от операции	Ме у всех прооперированных больных	Ме у прооперированных больных (ТПШ)	Норма методики*
Конфронтация	38,80	38,80	49,95	48,6
Дистанцирование	50,00	50,00	58,30	48,7
Самоконтроль	49,95	52,38	54,72	65,1
Поиск социальной поддержки	52,75	55,50	63,85	63,1
Принятие ответственности	58,30	58,30	70,80	64,3
Бегство/избегание	35,40	33,30	37,50	44,5
Планирование решения проблем	66,60	61,10	68,00	67,7
Положительная переоценка	35,65	38,00	30,94	58,4

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

всех групп демонстрируют высокие значения, что говорит об их потенциальной активности, зачастую – о демонстрации своего приподнятого настроения.

У всех пациентов превалирует механизм психологической защиты «отрицание», посредством которого не принимаются вызывающие тревогу обстоятельства. У больных всех групп отмечаются высокие значения по шкале «интеллектуализация», что предполагает, что они «интеллектуально» преодолевают сложную ситуацию, вызванную тяжелой болезнью. Статистически значимые различия в результатах обследования у больных разных групп проявляются по шкале «проекция»: они достоверно (Ме=72,0 при $p=0,021$) выше у группы больных, отказавшихся от операции, в сравнении со всеми прооперированными

больными и достоверно ниже ($p=0,044$) у группы больных после ТПШ, у которых значения медианы по этой шкале самые низкие (Ме= 46,0). 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. Все прооперированные больные, в том числе пациенты после ТПШ, имеют более высокие баллы по шкале «вытеснение»: проведенные операции дают им подсознательно некоторую надежду на большую результативность. Низкие баллы по шкалам «реактивные образования» и «проекция» у больных с ТПШ показывают, что они в меньшей степени прибегают к

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

Симптоматические расстройства	Статистические значения			
	Me у больных, отказавшихся от операции	Me у прооперированных больных	Me у прооперированных больных (только ТПШ)	Me у здоровых (пожарные)*
Соматизация	0,83	0,75	0,71	0,29
Обсессивно-компульсивные	0,60	0,40	0,60	0,38
Межличностная сензитивность	0,55	0,44	0,68	0,44
Депрессия	0,50	0,30	0,30	0,25
Тревожность	0,30	0,30	0,25	0,26
Враждебность	0,33	0,30	0,33	0,33
Фобическая тревожность	0,14*	0,00	0,00*	0,12
Паранояльность	0,32	0,33	0,33	0,37
Психотизм	0,22	0,11	0,16	0,15
Общий индекс тяжести	0,52	0,40	0,39	0,29
Наличие симптоматического дистресса	1,51	1,48	1,64	1,06

* В качестве группы сравнения здоровых реципиентов выбрана группа пожарных как наиболее психически и физически устойчивых [11].

искажению своих мыслей, чувств, поступков. 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. Они перерабатывают свои проблемы в большей степени «умственно», перенося свою агрессивность на окружающих.

Значения психодиагностических данных по всем шкалам копинг-стратегий, за исключением стратегии дистанцирования, значимо ниже норм методики. Как следствие, дистанцирование дает возможность пациентам отстраниться от ситуации непродуктивными способами. Наименьшее значение медианы у всех пациентов по шкале «бегство/избегание» и «положительная переоценка» 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 (показатели по шкале «планирование решения проблемы»). У больных после ТПШ выявлены высокие значения по шкалам «конфронтация», «дистанцирование», «принятие ответственности», показывающие, что они способны

отстаивать свое мнение в большей степени и отстраняться от проблем.

Таким образом, можно сделать вывод, что у пациентов, отказывающихся от операции, и практически у всех прооперированных пациентов (за исключением больных, перенесших ТПШ) уровень выраженности копинг-стратегий не превышает нормативных показателей.

Показатели психопатологической симптоматики у всех пациентов превышают нормативные значения у здоровых лиц (за исключением показателей паранояльности и враждебности), что свидетельствует о наличии у них определенных нарушений. 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 подчеркивает наличие мыслей, переживаемых пациентами как непреодолимых и чуждых их «Я», однако снижение этих 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. Уровень депрессии на клинически значимых значениях свидетельствует о недостатке мотивации, потере жизненной энергии, появлении чувства безнадежности, причем у отказавшихся от операции проявления депрессивного спектра значительно выше, чем у прооперированных пациентов. Показатель тревожности примерно в равной мере повышен у всех пациентов, что свидетельствует о сохранении у них когнитивных компонентов чувства опасности, страха. Это 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 среднegrupповыми показателями у больных, отказавшихся от операции, и пациентов после ТПШ ($p=0,022$). 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 с ТПШ, которое может сопровождаться удалением органа как одномоментно, так и в два этапа, сам факт проведения операции позволяет преодолеть им страхи предоперационного периода. Можно считать, что наличие фобической тревожности у больных в значительной степени связано со страхом калечащей операции, возможных дефектов тела, риском 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.

Выводы

Больных, отказавшихся от операции, и прооперированных больных (за исключением пациентов после трахеопищеводного шунтирования, ТПШ) можно рассматривать как лиц, склонных к сверхконтролю, с присущей им мотивационной направленностью на соответ-

ствие нормативным критериям, сдерживающих эмоции. На фоне более высокой импульсивности отмечается их большая склонность к соматизации посредством ухода в болезнь как средство избегания ответственности. В качестве механизмов адаптации пациенты, отказавшиеся от операции, и прооперированные без помощи ТПШ больные используют механизмы психологической защиты «отрицание», «интеллектуализацию» 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. В ситуации витальной угрозы такие больные используют в большей степени защитные механизмы, чем не совладающие стратегии. Предпочтение отдается «интеллектуальным» механизмам защитного поведения и отрицанию как форме первичной, базовой реакции на болезнь у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Больные после трахеопищеводного шунтирования менее импульсивны, отличаются большим самоконтролем, в меньшей степени стремятся соответствовать нормативным критериям, способны выражать свои эмоции открыто. Для них характерно повышение уровня всех копинг-стратегий, особенно стратегий конфронтации, дистанцирования, принятия ответственности. Как следствие, такие пациенты в большей степени признают свою роль в возникновении имеющихся у них проблем и принимают ответственность за их решение. Они готовы разрешать проблемы за счет собственных конкретных действий, направленных на изменение ситуации, отреагирования негативных эмоций вследствие своей более высокой импульсивности, стремятся преодолеть субъективные переживания за счет снижения значимости этих проблем и эмоциональной вовлеченности в ситуацию. Эти пациенты готовы анализировать причины трудностей, нередко используя интеллектуальные приемы, юмор. Такое поведение позволяет им адаптироваться к жизни, улучшать ее качество, несмотря на болезнь.

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

щим. Показатель фобической тревожности подчеркивает наличие у них базовой реакции страха, избегания оперативного вмешательства как проявлений иррациональных и неадекватных реакций.

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, направленных на снятие страхов и беспокойств, на обучение пациентов методам саморегуляции, работе с депрессией и тревогой.

Литература

1. Березин, Ф.Б. Методика многопрофильного исследования личности / Ф.Б. Березин, М.Б. Мирошниченко, Е.В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.
2. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-метод. пособие / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010. – 182 с.
3. Пилипенко, А.Г. Тяжелые осложнения у больных после частичной резекции гортани / А.Г. Пилипенко, А.П. Случанко // Вестник отоларингологии. – 1996. – № 6. – С. 45–46.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
5. Русина, Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н.А. Русина // Мир психологии. – 2002. – № 4. – С. 152–160.
6. Русина, Н.А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных / Н.А. Русина // 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 / Н.А. Русина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. – С. 115–121.
8. Русина, Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных / Н.А. Русина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. II (39). – № 2. – С. 283–285.
9. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: метод. руководство / Л.Н. Собчик. – М.: МКЦ, 1990. – 75 с.
10. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
11. Фомин, А.В. Системный подход в лечении больных после оперативных вмешательств / А.В. Фомин // Психосоматическая медицина – 2006: сб. тез. I междунар. конгр. – СПб., 2006. – С. 191–192.

Русина Наталья Алексеевна, кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО, Ярославская государственная медицинская академия, psyholog@yuma.ac.ru

Моисеева Ксения Сергеевна, аспирант кафедры педагогики и психологии с курсом ИПДО, Ярославская государственная медицинская академия, врач-оториноларинголог, ksen.moiseeva@yandex.ru

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF PATIENTS WITH THE ONCOLOGIC DISEASES OF LARYNX

N.A. Rousina, K.S. Moiseeva

The presented paper is devoted to the study of the psychological characteristics of patients with the oncologic diseases of larynx, agreeing to the operation or giving up her, in spite of the fact that abandonment from her dooms patients on dying. 109 persons with a diagnosis cancer of larynx of I–IV of the clinical stage are inspected, among them 106 men

and 3 women, in age from 40 to 89. In the research the following methods: questionnaire of Mini-Mult (brief variant of MMPI, variant SMIL), "Life style index" (Plutchik R., Kellerman H.), "Ways of Coping Questionnaire" (Folkman S., Lazarus R.), "Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R" (Derogatis L.). There are reliable distinctions for patients renouncing an operation, by comparison to the group of patients recipient surgical treatment. Indexes on the defense mechanism of projection and phobic anxiety are meaningfully higher for patients renouncing an operation. Symptomatic distress is marked for all patients with oncologic diseases. Groups of patients renouncing an operation (group 1) and all operated patients (group 2) have most psychological distinctions from the group of the operated patients with the trachea-gullet by-passing only. In the situation of vital threat patients of the groups 1 and 2 use defense mechanisms in a greater degree, but not coping-strategies. These patients are apt to self-control, correspond to the normative criteria, restrain emotions. On a background of higher impulsiveness their large propensity to the somatization is marked by means of going away to illness as to the means of avoidance of responsibility. Patients after the trachea-gullet by-passing are less impulsive, the increase of level of all coping-strategies is characteristic for them. The research conclusions on the need of psychological preparation is needed for patients before operation directed for the removal of fears and anxieties, for educating of patients to the methods of self-regulation, for work with their depression and alarm.

Keywords: oncology, cancer of larynx, operation, psychological differences, psychological defense mechanisms, coping-strategies.

Natalya A. Rousina, Candidate of psychological sciences, associate professor, Manager by the Department of Pedagogics and Psychology with the Course of the Institute of the Post-Diploma Education, Yaroslavl State Medical Academy, psycholog@yma.ac.ru

Ksenya S. Moiseeva, postgraduate student of the Department of Pedagogics and Psychology with the Course of the Institute of the Post-Diploma Education, Yaroslavl State Medical Academy, otorhinolaryngologist, ksen.moiseeva@yandex.ru

Поступила в редакцию 24 февраля 2013 г.