

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Ксения Сергеевна Моисеева*

Ярославская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Выявление психологических особенностей больных, страдающих раком гортани, с учётом объёма оперативного вмешательства и типа лечения.

Методы. В исследование включены 109 больных клинической онкологической больницы. Первая группа — 88 прооперированных больных: перенёвшие резекцию гортани — 35 человек, ларингэктомию — 40 больных, пациенты, которым была выполнена реабилитация голоса посредством наложения шунта между трахеей и пищеводом и внедрением в него голосового протеза, — 13 человек. Вторая группа — больные радиологического отделения, которые отказались от операции (21 человек) и получали вместо операции лучевую гамма-терапию по радикальной программе. Применяли следующие психологические методики: «индекс жизненного стиля», определение типа отношения к болезни и опросник выраженности психопатологической симптоматики.

Результаты. Психологические особенности больных, перенёвших трахеопищеводное шунтирование, определяют их как социально адаптированных, спокойных, с низким уровнем тревожности. С помощью голосовых протезов они могут общаться с окружающими, что отражается в особенностях их поведения. Среди сравниваемых групп определены статистически значимые различия по механизму психологической защиты «проекция» и показателю психопатологического расстройств «фобическая тревожность».

Вывод. Необходимо создать комплекс мероприятий по психологической реабилитации больных с диагнозом «рак гортани»; дальнейшая работа с больными поможет понять, почему они отказываются от операции, и помочь им составить правильную картину болезни, опираясь на истинные данные об их заболевании.

Ключевые слова: рак гортани, психологические особенности, психологическая защита, тревожность, стресс.

PSYCHOLOGICAL RESERVES OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER K.S. Moiseeva. Yaroslavl State Medical Academy, Yaroslavl, Russia. **Aim.** To reveal the psychological features of the patients, suffering from laryngeal cancer depending of surgical treatment type and extent. **Methods.** 109 patients of the clinical oncological hospital were included. The first group included 88 patients who underwent surgery: larynx resection — 35 patients, laryngectomy — 40 patients, and 13 patients in whom voice rehabilitation by imposing a shunt between a trachea and a gullet and vocal prosthesis introduction were performed. The second group included patients of radiological department who have refused surgery (21 patients) and were receiving radical gamma-knife radiotherapy. The psychological techniques were applied to assess the types of reaction to illness and intensity of psychopathological symptoms. **Results.** The psychological traits of patients in whom a tracheoesophageal shunt was formed, can describe them as socially adapted, patient with low anxiety level. Due to vocal prosthesis they can communicate, that is resulted in features of their behavior. Among compared groups, there were statistically significant differences in the extent of «projection» psychological protection mechanism and the degree of phobic disorders. **Conclusion.** It is necessary to create a rehabilitation complex for psychological rehabilitation of patients with laryngeal cancer. Further studies will help to understand, why they refuse surgery and to help them to complete a correct apprehension of illness basing on true data about their disease. **Keywords:** laryngeal cancer, psychological features, psychological protection, anxiety, stress.

По данным психосоматической медицины, корнем каждого заболевания бывает стрессовая ситуация. Таким стрессом для онкологического больного является угроза жизни. Для больных раком гортани характерен «страх удушья», который возникает под действием растущей опухоли и от ношения постоянной трахеостомической трубки. В такой ситуации возможны или мобилизация, или торможение защитных сил организма.

Цель исследования — определение психологических различий у больных раком гортани с учётом различного оперативного вмешательства и типа лечения.

В исследовании приняли участие 109 человек (3 женщины и 106 мужчин) в возрасте от 45 до 80 лет. Больные сравнимы по гистологическому типу и стадии опухоли по классификации TNM. Исследование проводили на базе отделения хирургии головы и шеи и отделения радиологии Ярославской областной клинической онкологической больницы.

Выделены группы прооперированных больных и отказавшихся от операции. Первая группа: больные, которым выполнена резекция гортани (35 человек), ларингэктомию (40 человек), проведено трахеопищеводное шунтирование (ТПШ, 13 больных). Вторая группа: больные, отказавшиеся от операции и получавшие как альтернативу оперативному лечению лучевую гамма-терапию по радикальной программе (21 человек).

Использовали психологические тестовые методики: «индекс жизненного стиля» в обработке Л.И. Вассермана [3], методику «тип отношения к болезни», адаптированную под руководством Л.И. Вассермана [8], и опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), адаптированный Н.В. Тарабриной [11].

Применяли методы описательной статистики, статистическую значимость различий определяли с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Математико-статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты определения индекса жизненно-

Адрес для переписки: ksen.moiseeva@yandex.ru

го стиля приведены в табл. 1. Такой механизм психологической защиты, как «отрицание» (вызывающие тревогу обстоятельства не принимаются самой личностью), характерен для большинства онкологических больных. Наименьшее число баллов по данному механизму зарегистрировано у прооперированных больных, так как факт выполненной операции для них является признанием наличия серьёзности заболевания.

*Таблица 1***Сравнение механизмов психологической защиты по методике «индекс жизненного стиля»**

Механизмы защиты	Баллы (Me)		
	Лучевая терапия	Оперированные больные	Больные с ТПШ
Отрицание	97	90	97
Вытеснение	53	63	63
Регрессия	44	35	44
Компенсация	63	63	63
Проекция	72	64	46
Замещение	37	48	42
Интеллектуализация	76	76	76
Реактивное образование	84	76	61

Примечание: ТПШ — трахеопищеводное шунтирование.

По механизму психологической защиты «регрессия» у всех обследуемых групп получены меньшие баллы, данный примитивный защитный механизм для них не актуален. Для всех групп больных отмечено одинаковое значение по шкалам компенсации и интеллектуализации, что маркирует их как «умственно» преодолевающих сложную ситуацию, вызванную тяжёлой болезнью. Пресекаются переживания, даже если это не истинные черты, характерные для личности онкологического больного, о чём свидетельствует одинаковое количество баллов по шкале компенсации: такого поведения требуют сама обстановка, установленный диагноз, окружение больных, которое подбадривает их.

Явное различие между группами больных проявляется по шкале «проекция». Различия статистически значимы для групп больных, отказавшихся от операции и получавших лучевое лечение (Me=72 балла), в сравнении с другими группами прооперированных больных ($p=0,021$). Для группы больных с ТПШ медиана (Me) была самой низкой (46 баллов, $p=0,044$). Следовательно, для больных, проходящих лечение без операции, характерен такой механизм психологической защиты, как проекция, они приписывают окружающим те черты, которых у них нет (недоброжелательность), прикрывая этим нерешительность, страх перед сложившейся ситуацией, свою агрессивность. Для всех прооперированных

больных и больных с ТПШ такой механизм психологической защиты не актуален.

Прооперированные больные и пациенты с ТПШ имеют более высокие баллы по шкале «вытеснение»: проведённые операции дают им подсознательную надежду на большую результативность. У больных с ТПШ минимальная оценка по шкале «реактивные образования», то есть они в меньшей степени прибегают к искажению своих мыслей, чувств и поступков.

Результаты анализа типов отношения к болезни приведены в табл. 2. Найдено отличие по «гармоническому типу» у группы прооперированных больных (Me=20 и 24) и пациентов радиологического отделения (Me=0).

По «эргопатическому типу» значение медиан составило 23, 29 и 28 для больных, получивших лишь лучевое лечение, подвергшихся оперативному вмешательству и ТПШ соответственно. Больные второй группы погружаются в работу, стремятся сохранить свой профессиональный статус, при этом 0 баллов по шкале «гармонического типа» отражает их инфантилизм, недоверие к врачу и медицинскому персоналу, неготовность идти на любые методы лечения, чтобы избавиться от болезни.

Группы прооперированных больных демонстрируют высокие баллы по обоим шкалам. По «гармоническому» типу медиана составила 20 и 23 балла, по «эргопатическому» типу — 29 и 28 баллов, что свидетельствует об их желании трудиться и готовности идти на опасные методы лечения. Для больных, лишившихся голоса и перенёсших ТПШ, важным является переключение на области жизни, которые им доступны.

*Таблица 2***Сравнение типов отношения к болезни**

Типы отношения к болезни	Баллы (Me)		
	Лучевая терапия	Оперированные больные	Больные с ТПШ
Гармоничный	0	20	24
Эргопатический	23	29	28
Анозогнозический	0	0	0
Тревожный	8	8	9
Ипохондрический	7	7	10
Неврастенический	7	8	6
Меланхолический	2	3	4
Апатический	2	2	4
Сенситивный	19	18	14
Эгоцентрический	10	10	10
Паранойальный	5	5	5
Дисфорический	3	3	3

Примечание: ТПШ — трахеопищеводное шунтирование.

Таблица 3

Сравнение показателей основных симптоматических расстройств по опроснику выраженности психопатологической симптоматики

Симптоматические расстройства	Баллы (Ме)		
	Лучевая терапия	Оперированные больные	Больные с ТПШ
Соматизация	0,8	0,8	0,7
Обсессивно-компульсивные	0,6	0,4	0,6
Межличностная чувствительность	0,5	0,4	0,6
Депрессия	0,4	0,3	0,3
Тревожность	0,3	0,03	0,2
Враждебность	0,3	0,3	0,3
Фобическая тревожность	0,1	0	0
Паранойальность	0,3	0,3	0,3
Психотизм	0,2	0,1	0,1

Примечание: ТПШ — трахеопищеводное шунтирование.

Отмечено различие оценки по чувствительному типу: у больных с ТПШ медиана была минимальной (14 баллов), у двух других групп составила 18 и 19 баллов. Больные с ТПШ не проявляют чрезмерную озабоченность своим состоянием, они говорят с помощью голосового протеза, многие из них работают. Исследуемые пациенты не хотят стать обузой для близких. Отказываясь от операции, больные радиологического отделения не уверены в своих планах, с опаской относятся к будущему, прооперированные пациенты боятся безразличного отношения к ним окружающих, своей неполноценности из-за потери голоса. По типу отношения к болезни «ипохондрия» у больных с ТПШ больше баллов, чем у других групп. Они содействуют лечению, обо всем сообщают врачу.

Анализ по методике выраженности психопатологической симптоматики представлен в табл. 3. Выявлены статистически значимые различия по шкале «фобическая тревожность» ($p=0,022$) при сравнении больных, отказавшихся от операции, и группы ТПШ. Фобическая тревожность означает стойкую иррациональную и неадекватную реакцию боязни ситуации, ведущую к избегающему поведению, в данном случае по отношению к операции.

По шкале «соматизация» у больных с ТПШ ниже значение медианы, это свидетельствует о меньшем ощущении ими телесной дисфункции в сравнении с другими больными. По шкале «обсессивно-компульсивные расстройства» во всех группах, в меньшей степени у прооперированных больных, медиана была высокой. Это

отражает мысли, импульсы, действия больных, тождественные клинике самого заболевания. Полученные значения по шкале «межличностная чувствительность» у исследуемых групп отражают их беспокойство и дискомфорт при взаимодействии с окружающими. По шкалам депрессии, тревожности, враждебности, паранойальности и психотизма значения ниже. Больные в целом настроены позитивно, нет потери интереса к жизни, присутствует напряжение, нет приступов паники.

ВЫВОДЫ

1. Анализируя больных разных групп, можно сделать заключение о различиях в их психологическом портрете. По методике «индекс жизненного стиля» выявлено различие по механизму психологической защиты («проекция») между больными, соглашающимися на операцию и отказывающимися от неё. По методике определения психопатологической симптоматики показано различие по симптоматическому расстройству («фобическая тревожность»).

2. Необходимо создать комплекс мероприятий по психологической реабилитации больных с диагнозом «рак гортани». Дальнейшая работа с больными поможет понять, почему они отказываются от операции, и помочь им составить правильную картину болезни, опираясь на истинные данные об их заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. — М.: Геррус, 2003. — 350 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.Б., Рожанец Е.В. Методика многопрофильного исследования личности. — М.: Медицина, 1976. — 168 с.
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Соладание со стрессом: теория и психодиагностика. — СПб.: Речь, 2010. — 48 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 607 с.
5. Непомнящая Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний // Психологич. ж. — 1998. — Т. 19, №4. — С. 44-49.
6. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М.: Институт позитивной психотерапии, 1996. — 538 с.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Под ред. Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой и др. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 32 с.
8. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. Состояния эмоциональной сферы при онкологических заболеваниях // Мир психологии. — 2002. — №4. — С. 152-160.
9. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных // Профилакт. и клин. мед. — 2011. — Т. II. — №2. — С. 283-285.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.