

Е.И. СЕМИОНКИН, Н.В. ЯКОВЛЕВА, Е.П. КУЛИКОВ

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»,  
Российская Федерация

**Цель.** Изучить психологическое состояние пациентов, страдающих раком толстой кишки, при хирургическом лечении с учетом гендерных особенностей.

**Материал и методы.** Обследовали 181 пациента, страдающего раком толстой кишки. Все пациенты были оперированы. Оценивались психофизиологическое состояние и психодинамические свойства личности с помощью методик: тест САН, тест самооценки Дембо-Рубинштейна, цветовой тест Люшера, шкала тревожности MAS, стандартизованное диагностическое интервью «Индивидуальные представления о здоровье», методики вариабельности сердечного ритма.

**Результаты.** Личностные особенности пациентов характеризовались проявлениями интроверсии, искажения самооценки здоровья, стигматизации жизненного пути. Большая доля интровертов характеризует особый тип реакции на болезнь, связанный с «переживаниями в себе», у пациентов нет выплеска накопившихся эмоций наружу, что приводило к высокому нервно-психическому напряжению. Психоэмоциональный стресс приводил к перестройке функционирования вегетативной нервной системы в сторону активации симпатической системы. У большинства пациентов наблюдалось подавление основных потребностей (отвергаемые основные цвета) до и после операции, что характеризовало высокий уровень тревоги и менее результативное компенсирующее поведение.

Выявлены гендерные различия: женщины проявляли более высокий уровень тревожности, чем мужчины, сниженное самочувствие и настроение, негативное отношение к жизни. У женщин после операции существует вероятность сексуальных неврозов, вспышек гнева, нервного истощения, расстройств сердечной деятельности.

**Заключение.** Пациенты, страдающие раком толстой кишки, находятся в состоянии психологической дезадаптации. Для них характерна интровертированность, защитные искажения самооценки здоровья, повышенная тревожность, высокий уровень стресса, преобладание симпатической вегетативной регуляции. Имелись гендерные различия. Женщины склонны к тревожно-депрессивным состояниям. У них ниже, чем у мужчин, самооценка разных аспектов своей жизни, критичнее отношение к себе, они имеют больше сомнений в благоприятном исходе ситуации болезни. Пациентам, страдающим раком толстой кишки, необходима клиничко-психологическая и психотерапевтическая профессиональная помощь.

*Ключевые слова:* новообразования толстой кишки, стресс психологический, половая дифференциация, нервная система вегетативная, состояния боязни

**Objectives.** To study the psychological profile of patients with colon cancer (CC) at surgical treatment taking into consideration the gender peculiarities.

**Methods.** The patients (n=181) with colon cancer have been examined. All the patients have been operated on. The psycho-physiological state and psychodynamic personality traits have been assessed with the following methods: a test that could be used to diagnose the health, activity and mood (HAM test), test of self-esteem by Dembo-Rubinstein, Lüscher color test, a manifest anxiety scale (MAS), standardized diagnostic interview "Individual perception of health state" and heart rate variability test.

**Results.** Personality traits of patients are characterized by introversion, distortion of self-rated health, stigmatization of life course. A large number of introverts are characterized by a specific attitude towards the disease. This type of reaction is associated with "feelings inside", the patients can not splash out all the accumulated emotions caused to a high neuro-mental stress. Psycho-emotional stress causes reconstruction of autonomic nervous system functioning towards sympathetic system activation. The suppression of basic necessities (rejected basic colors) was observed in the most patients prior and after operation. It characterizes a high anxiety level and less effective compensating behavior.

Some of the gender differences have been revealed which are as follows: women show a higher anxiety level, low spirits, as well as a negative attitude towards life. After the operation a probability of sexual neuroses, fits of anger, nervous exhaustion and cardiovascular disorders are observed in women.

**Conclusions.** The patients with colon cancer are considered to be in a state of psychological disadaptation with the following specific peculiarities: introversion, protective distortion of self-rated health, a heightened anxiety and a high level of stress, predominance of sympathetic autonomic regulation. Some gender differences have been detected: women are more prone to stress-related anxiety, mood disorders, depressive states, as well as self-assessment of various aspects of life are lower in women and they have more critical attitude toward themselves and more doubts about a favorable clinical outcome. The patients suffered from colon cancer should be provided with professional clinical, psychological and psychotherapeutic care.

*Keywords:* colon cancer, psychological stress, gender differences, autonomic nervous system, state of fear

### Введение

Каждый год в мире регистрируется более миллиона новых случаев рака толстой кишки (РТК), причем около 600 тысяч человек умирает [1].

С точки зрения психологии ситуация онкологического пациента экстремальная и кризисная. Заболеванию сопровождается сверхсильными и мучительными переживаниями, патологическими эмоциональными реакциями, депрессией, что необходимо учитывать врачу и требуют оптимизации психосоциальной помощи данным пациентам [2, 3, 4]. Известно, что существуют значительные различия в проявлениях стресса у мужчин и женщин при онкологических заболеваниях, имеющих гендерную специфику (рак молочной железы, рак матки, рак простаты) [5, 6, 7]. Однако в области психологических исследований личности больных теми формами рака, при которых гендерные различия лежат в плоскости реакции на болезнь и лечение представлены недостаточно [8].

Без сомнения, хирургическое лечение является основным, но требуется мультидисциплинарный подход к лечению данных пациентов.

**Цель** исследования – изучить психологическое состояние пациентов страдающих раком толстой кишки при хирургическом лечении с учетом гендерных особенностей.

### Материал и методы

Исследование проведено у 181 пациента с раком толстой кишки (РТК). Все пациенты были оперированы. Радикальные операции выполнены у 64 %, паллиативные – у 36 % пациентов. Средний возраст больных ( $M \pm \sigma$ ) составил  $63,7 \pm 9,8$  лет. Женщин было 100, мужчин – 81. По возрасту, нозологии, характеру произведенных операций группы были сопоставимы.

Применялись широко известные в клинической практике методики: тест САН, тест самооценки Дембо-Рубинштейна, тест Спилбергера, цветовой тест Люшера (оригинальные цвета), анкета МАС, стандартизованное диагностическое интервью «Индивидуальные представления о здоровье». Психодинамические особенности определялись модифицированным личностным опросником Айзенка в русском переводе и обработке В.М. Русалова [9, 10, 11, 12, 13].

Оценка вегетативного статуса проводилась расчетом данных variability сердечного ритма: ИН – индекс напряжения регуляторных систем, вегетативный индекс Кердо [14].

Методики использовали до операции и на 14-21 сутки после нее. Конституциональные особенности пациентов и стандартизованное диагностическое интервью «Индивидуальные представления о здоровье» применяли один раз до операции.

Математическая обработка производилась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel. Результаты обрабатывались статистически с использованием метода однофакторного дисперсионного анализа. При статистической обработке вычислялись средняя арифметическая величина, средняя взвешенная арифметическая величина сгруппированного ряда ( $M$ ), средняя ошибка средней арифметической. Для сравнения дисперсий применялся критерий, предложенный Р. Фишером, который называется дисперсионным отношением, F-критерием или F-критическим. Для определения границ случайных колебаний отношения дисперсий разработаны специальные таблицы F-распределения, в которых указываются предельные значения F-критерия для различных комбинаций числа степеней свободы, которые могут быть превзойдены с вероятностью 0,05 или 0,01.

### Результаты

Основное количество пациентов демонстрировали высокую степень интроверсии, которая в сочетании с показателями нейротизма, категоризовала группу на меланхоликов – 39% и флегматиков – 28%. Типы личности холерик и сангвиник, а также неопределенные конституциональные типы встречались значительно реже (10% и 8%, 15% соответственно).

В индивидуальных моделях здоровья наблюдаются следующие тенденции. Защитное искажение самооценки: лишь 44 пациента (24,3 %) считают себя больными; 79 пациентов (43,7 %) считают себя скорее больными, чем здоровыми; 58 пациентов (32 %) в целом здоровыми. Социализация, центрированная на семье: на вопрос, какие факторы влияют на здоровье по степени значимости, пациенты ответили: 1) семья; 2) материальное положение; 3) характер; 4) интересное дело. Кризисная стигматизация жизненного пути. Анализ жизненного пути показал, что 111 пациентов

(61,4 %) на вопрос, в какой период жизни были более всего здоровыми, ответили возраст 21-40 лет. 54 пациента (29,7 %) указали, что была болезнь близких, которая отрицательно повлияла на их здоровье.

Уровень тревоги до операции и после операции был средним с тенденцией к высокому и составлял 21,0 балла и 22,5 балла соответственно.

У женщин самочувствие и настроение до и после операции хуже, чем у мужчин. До операции самочувствие составило 4,4 и 5,2 баллов соответственно, а после операции 4,9 и 5,5 баллов ( $p < 0,05$ ), а настроение соответственно 4,3 и 5,0 баллов и 3,9 и 4,6 баллов ( $p < 0,05$ ).

Самооценка активности женщин и мужчин совпадала. До операции она составила 5,3 баллов у женщин и 5,7 баллов у мужчин ( $p > 0,05$ ), после операции 5,0 и 5,2 баллов соответственно ( $p > 0,05$ ).

Самооценка здоровья отражает оценку мужчинами и женщинами своего функционального состояния. Мужчины до операции свое здоровье оценивали как среднее и выше среднего (62%) с увеличением оценки здоровья после операции к выписке из стационара (среднее и выше среднего 78%), в отличие от женщин соответственно 52,9% и 51% ( $p < 0,05$ ).

У мужчин до операции самооценка счастья как среднее и выше среднего была выше, чем у женщин (82% и 76,5% соответственно) и значительно выросла к выписке из стационара до 88,0%, у женщин наоборот снизилась до 68,6% ( $p < 0,05$ ).

Цветовой тест Люшера: у большинства пациентов наблюдалось подавление основных потребностей (отвергаемые основные цвета) до и после операции, соответственно у 156 (86,2%) и у 154 (85,3%), что характеризует высокий уровень тревоги и менее результативное компенсирующее поведение. Самым отвергаемым до операции основным цветом был синий (46,4%), затем желтый (24,9%), красный (13,2%), зеленый (1,7%). Отвержение не основных цветов наблюдалось у 13,8% пациентов. После операции наблюдалось уменьшение отвержения красного цвета на 5,7% ( $p < 0,05$ ), другие цвета остались на прежнем уровне отвержения.

До операции уровень отвержения желтого цвета у женщин на 8% больше, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о более выраженном подавлении потребности у женщин «смотреть вперед и надеяться». Одинаковое отвержение красного цвета до операции 13% у женщин и 13,6% у мужчин, уменьшилось после операции у мужчин до 3,9% ( $p < 0,05$ ) при

сохранении отвержения у женщин на прежнем уровне — 10,5%. До операции у женщин компенсация за счет не основных цветов наблюдалась — у 49,3%, у мужчин — у 22,1% ( $p < 0,05$ ). После операции она у женщин осталась на прежнем уровне (48,7%), у мужчин снизилась (18%) ( $p < 0,05$ ). Высокий процент присутствия коричневого, серого, черного цветов в начале цветового ряда преимущественно у женщин свидетельствовал о негативном отношении их к жизни в данной сложившейся ситуации, что также свидетельствовало о высоком уровне тревоги.

Интенсивность тревоги и компенсации «напряжение» на человека у женщин до операции составила 3,4!, у мужчин 2,4!, а после операции соответственно 3,4! и 2,5!, то есть у женщин она была в 1,4 раза выше, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ).

По данным вариабельности сердечного ритма по Р.М. Баевскому среднее значение ИН до операции было 746 ед., на 21 сутки после операции оно составляло 914 ед., вегетативный индекс Кердо был положительным (выше нуля) до операции у 58,9%, после операции у 80,3% пациентов.

## Обсуждение

Большая доля интровертов характеризует особый тип реакции на болезнь, связанный с «переживаниями в себе», у пациентов нет выплеска накопившихся эмоций наружу, что приводит к высокому нервно-психическому напряжению.

Пациенты, страдающие РТК, склонны к интроверсии, защитному искажению самооценки уровня здоровья, стигматизации жизненного пути и социализации, централизованной на семье. Проведенное исследование показало, что имеются гендерные различия психологического статуса у пациентов, страдающих раком толстой кишки. Женщины более склонны к тревожно-депрессивным состояниям. У них ниже, чем у мужчин, самооценка разных аспектов своей жизни, критичнее отношение к себе, они имеют больше сомнений в благоприятном исходе ситуации болезни, что делает вероятным вспышки гнева, нервное истощение, сексуальные неврозы, расстройства сердечной деятельности, особенно в послеоперационном периоде. У женщин более выражено негативное отношение к жизни, чем у мужчин.

Наши данные соотносятся с выводами Р.М. Баевского и др. [14], что значительные показатели ИН свидетельствуют о высоком

уровне функционирования симпатического отдела вегетативной нервной системы и В.И. Петрова и др. [15], что состояние симпатикотонии связано с ответом стрессреализующих механизмов на определенное возмущение.

### Выводы

1. У пациентов, страдающих раком толстой кишки, как у мужчин, так и у женщин, имеют место психологическая дезадаптация, тревога, стресс, с преобладанием выраженности их у женщин, то есть имеются гендерные различия.

2. Имеются различия в мотивационной сфере поведения женщин и мужчин, как до операции, так и после нее.

3. Для реабилитации пациентов, страдающих раком толстой кишки, необходимо применение профессиональной психологической коррекции с учетом гендерных особенностей.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Wolff B. G. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery / B. G. Wolff, J. W. Fleshman, D. E. Beck. — New York : Springer Science, 2007. — 810 p.
2. Чулкова В. А. Душевный мир онкологического больного / В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева // *Вопр. онкологии*. — 2010. — Т. 56, № 1. — С. 83–87.
3. Psychological and psychiatric assistance in palliative care (IV): Ten years of a consultation-liaison program / R. Garcna-Solier [et al.] // *Anales de Psiquiatria*. — 2008 Sep. — Vol. 24, N 5. — P. 191–96.
4. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer / J. Bailargeon [et al.] // *J Am Geriatr Soc*. — 2011 Jul. — Vol. 59, N 7. — P. 1268–73.
5. Исследование мотивационной структуры личности депрессивных и онкологических пациентов / Б.Ю. Володин [и др.] // *Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова*. — 2004. — № 3-4. — С. 12–17.
6. Психическое здоровье и качество жизни женщин, страдающих раком молочной железы / А. Березанцев

Семионкин Е.И., к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Рязанский медицинский университет».  
Яковлева Н.В., к.псих.н., доцент, заведующая кафе-

[и др.] // *Врач*. — 2010. — № 8. — С. 55–58.

7. Gross A. L. Depression and cancer risk: 24 years of follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample / A. L. Gross, J. J. Gallo, W. W. Eaton // *Cancer Causes Control*. — 2010 Feb. — Vol. 21, N 2. — P. 191–99.

8. Аверьянова С. В. Психологические особенности женщин, больных колоректальным раком / С. В. Аверьянова // *Рос. мед. журн.* — 2012. — № 3. — С. 27–29.

9. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин [и др.] // *Вопр. психологии*. — 1973. — № 6. — С. 141–45.

10. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С. Я. Рубинштейн. — М. : Медицина, 1970. — 214 с.

11. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин // *Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации: описание и руководство к использованию*. — Петрозаводск : Петроком, 1992. — С. 41–43.

12. Джонс В. В. Практическое руководство к тесту Люшера / В. В. Джонс. — Кишинев : Периодика, 1990. — 174 с.

13. Яковлева Н. В. Витальная метакомпетентность личности: теория и практика психологических исследований здоровья / Н. В. Яковлева. — Рязань : РязГМУ, 2012. — 285 с.

14. Баевский Р. М. Математический анализ сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский, О. Н. Кириллов, С. З. Клецкин. — М. : Наука, 1984. — 221 с.

15. Петров В. И. Интегральная оценка функционального состояния вегетативной нервной системы / В. И. Петров, А. С. Потапов, А. В. Иноземцев // *Вестн. Рос. АМН*. — 2004. — № 4. — С. 14–18.

### Адрес для корреспонденции

390039, Российская Федерация,  
г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 3 А,  
ГБОУ ВПО «Рязанский медицинский университет»,  
кафедра факультетской хирургии  
с курсом анестезиологии и реаниматологии,  
e-mail: semionkin@list.ru,  
Семионкин Евгений Иванович

### Сведения об авторах

двой общей психологии с курсом педагогики ГБОУ ВПО «Рязанский медицинский университет».

Куликов Е.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО ГБОУ ВПО «Рязанский медицинский университет».

Поступила 17.02.2014 г.