

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ 3-4 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. Яковлева, Е.И. Семионкин, С.Н. Трушин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Изучена психодиагностическая характеристика состояния больных колоректальным раком 3-4 стадии заболевания на этапе стационарного лечения. Использовались тест дифференцированной самооценки состояния «САН», тест самооценки Дембо - Рубинштейн, шкала личностной тревожности MAS, стандартизированное интервью «Индивидуальные представления о состоянии здоровья».

Выявлено, что у больных с колоректальным раком имеется тревожно-депрессивное состояние, как до операции, так и после нее, причем у женщин оно более выражено. Женщины более самокритичны к своему состоянию, самооценка здоровья и счастья у них ниже, чем у мужчин. Наиболее важным фактором для сохранения здоровья является семья, а не материальное положение.

Ключевые слова: психодиагностическая характеристика, колоректальный рак, стационарное лечение.

Известно, что у больных при внемозговой локализации рака могут быть нервно - психические расстройства [2, 3, 14], а также неврологические синдромы и тревожно-депрессивные состояния [9; 15; 13]. Поражение тех или иных органов злокачественными новообразованиями не только трансформируют личность и меняют адаптивные возможности, но иногда приводят к психическим нарушениям и психосоциальной дезадаптации [7].

Тхостов А.Ш.[10] при помощи экспериментально-психологического метода обследовали 250 больных раком легкого, яичка, желудка, прямой кишки в возрасте от 16 до 70 лет. Исследование самооценки методом Дембо - Рубинштейн и личностных особенностей с помощью теста ММРІ выявило корреляцию диссоциации самооценки со значениями соответствующих шкал ММРІ. Наибольшая диссоциация отмечалась у больных раком яичка и совпадала по времени с периодом наибольшей выраженности депрессивных реакций, что в частности является косвенным доказательством психогенного характера депрессии у онкологических больных. Антонеева И.И. с соавт. [1], применяя тест Тейлора, шкалу Гамильтона выявила наличие депрессии у больных раком гениталий женщин в возрасте 40-50 лет. Марасанов С. Б. [5], используя тест Т.А. Немчина – НПН, направленный на анализ нервно-психического напряжения у 21 больного раком желудка и у 19 с раком легкого, наблюдал интраверсию, пониженный фон настроения, немногословность, скупость и односложность жалоб больных, астенические реакции.

Материалы и методы

Исследование проведено у 181 больного. Возраст больных составил от 41 до 81 лет, в среднем 63,7+ 9,8 лет. Женщин было 100 чел, мужчин 81.

Для изучения динамики самооценки психического состояния личности на этапе стационарного лечения применялись тест дифференцированной самооценки функционального состояния «САН» по девяти бальной шкале, тест самооценки Дембо - Рубинштейн, шкала MAS. Дополнительно для исследования психического состояния больных было использовано в дооперационном периоде стандартизированное интервью «Индивидуальные представления о здоровье» [11].

Методика «САН» разработана в 1972 году в Ленинградской Военно-медицинской академии для диагностики психического состояния в трех основных аспектах: эмоциональном, психофизиологическом, поведенческом. Каждая буква в названии теста соответствует определенному аспекту состояния: С-самочувствие, А- активность, Н- настроение. Была рекомендована к применению в области физиологии труда [4], а затем и для комплексной оценки резервов индивидуального здоровья, а также в восстановительной медицине [8]. Тест позволяет достаточно точно провести многофакторную самооценку функционального состояния личности и распознать ее изменения под влиянием различных факторов.

Тест самооценки Дембо - Рубинштейн. Замысел заимствован у американского психолога Т.В. Дембо - используется для самооценки и сознания болезни как у взрослых, так и у детей. Подробно описан в отечественной литературе [6].

Опросник для измерения уровня тревожности Тэйлора (утверждения входят в состав ММРІ в качестве дополнительной шкалы) адаптирован Т.А. Немчиным (1966г.). Опросник Т.А. Немчина представляет собой перечень основных признаков нервно-психического напряжения, составленный по данным клинико-психологического наблюдения. Он позволяет выявить начинающееся перенапряжение регуляторных систем организма.

Стандартизированное диагностическое интервью «Индивидуальные представления о здоровье» предполагает четыре смысловых блока: общая оценка своего здоровья; генезис индивидуальной модели здоровья; эталон представления о параметрах здоровья; ценностно – смысловая характеристика индивидуальной модели здоровья. Включает в себя демографическую шапку пациента (пол, возраст, семейное положение, социальный статус) и 11 вопросов.

Психодиагностическое обследование проводилось перед операцией и перед выпиской больного на 14-21 дни после операции. Полученные данные обрабатывались статистически с использованием метода однофакторного дисперсионного анализа.

Результаты и их обсуждение

Анкета САН.

Самочувствие.

У мужчин самочувствие до операции лучше, чем у женщин и составило 5,2 и 4,4 баллов соответственно (различие статистически достоверно $F_{7,75}$; $F_{кр3,9}$; $p < 0,05$). После операции перед выпиской из стационара оно статистически

недостаточно ухудшалось и было у мужчин 5,5 у женщин 4,9 баллов. Женщины выписывались с более худшим настроением, чем мужчины (различия статистически достоверно $F_{4,1}$; $F_{кр} 3,9$; $p < 0,05$).

Активность.

Динамика психического состояния в компонентах активность у мужчин и женщин совпадает. До операции она составила 5,7 баллов у мужчин, 5,3 баллов у женщин (различия статистически недостоверно $F_{3,1}$, $F_{кр} 3,9$). Причем активность особенно не менялась и перед выпиской из стационара составила 5,2 и 5,0 баллов соответственно (различия статистически недостоверно $F_{1,2}$, $F_{кр} 3,9$).

Настроение.

Настроение до операции у мужчин и у женщин (соответственно 5,0 и 4,3 баллов) и после (4,6 и 3,9 баллов). У мужчин самооценка настроения выше, чем у женщин (различия статистически достоверны $F_{6,5}$, $F_{кр} 3,9$ и $F_{6,0}$, $F_{кр} 3,9$ $p < 0,05$).

После операции, перед выпиской настроение имеет тенденцию к улучшению (статистически недостоверно), что более заметно у мужчин.

Тест самооценки Дембо – Рубинштейн.

Самооценка здоровья, отражающая оценку физического состояния.

До операции свое здоровье оценили ниже среднего почти половина больных - 42,6 %, как среднее 29,7%, выше среднего 27,7% больных. После операции к выписке из стационара происходит повышение самооценки здоровья, так уже ниже среднего свое здоровье оценили только 34,0 % больных, а как среднее и выше среднего соответственно 32,0% и 34,0% больных. Однако самооценка этого параметра происходит по-разному у женщин и мужчин. У женщин самооценка здоровья остается как до, так и после операции практически на одном уровне, даже возрастает оценка ниже среднего с 47,1% до 49,0% и незначительно повышается оценка выше среднего с 15,7% до 19,6%, в основном за счет уменьшения средней оценки с 37,2 до 31,9%. Мужчины в целом изначально свое здоровье оценивают как среднее и выше среднего (62,0%) с резким увеличением оценки здоровья к моменту выписки (среднее и выше среднего 78,0%), в отличие от женщин - изначально 52,9% чел и при выписке - 51,0% (различия между мужчинами и женщинами статистически достоверны).

В процессе беседы, как мужчины, так и женщины в подавляющем большинстве 89,0 % связывали наличие здоровья с отсутствием психической и физической беспомощности.

Самооценка счастья.

До операции свое счастье оценили ниже середины 23,9% больных, как среднее 35,9%, выше среднего 40,2% больных. После операции к выписке из стационара уровень самооценки счастья практически не изменился, незначительно вырос уровень выше среднего до 49,5%, за счет уменьшения среднего уровня (до 29,7%). Однако самооценка счастья происходит абсолютно по-разному между женщинами и мужчинами. Если до операции 76,5% женщин оценили свое счастье как среднее и выше среднего (соответственно 37,3% и 39,2%), то после операции произошло снижение самооценки и только 68,6% провели такую же оценку, а число пациенток с оценкой уровня счастья ниже среднего возросло на 7,9% (с 23,5% до 31,4%). У мужчин до операции оценка 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 68,6%

(различия между мужчинами и женщинами статистически достоверны), с уменьшением пациентов с самооценкой счастья ниже уровня на 6,0 %.

В процессе беседы, как мужчины, так и женщины в подавляющем большинстве 89,1% связывали счастье с наличием личного здоровья и благополучия в семье.

Самооценка ума.

До операции свой ум в целом оценили ниже среднего лишь 4,0% больных, как средний 35,6% , выше среднего 60,4 % больных. После операции эта оценка несколько изменилась в сторону увеличения оценки ниже среднего на 5% и увеличения выше среднего на 4 %, за счет уменьшения средней оценки у 9% больных. Мужчины до операции оценивают свой ум в целом выше, чем женщины. Уровень среднего ума у них у 32% , выше среднего – у 64%, в отличие от женщин – соответственно 41,1% и у 54,9% . После операции эта самооценка у мужчин сохраняется и составляет 26% (средняя оценка) и 68,0 % (выше среднего),

у женщин соответственно - 25,5% и 62,7 % (различия статистически недостоверно). У 7,8 % женщин после операции произошло изменение самооценки с среднего ума на ниже среднего.

В процессе беседы, как мужчины, так и женщины связывали умного человека с наличием хороших черт характера, а женщины также с отсутствием пристрастия к алкоголю и никотину.

Самооценка характера - отражает отношение личности к себе. В целом свой характер оценили, как ниже среднего 11,9% больных, как средний 29,7% и выше среднего 58,4% больных. У мужчин оценка своего характера ниже, чем у женщин. Ниже среднего свой характер оценили 12,0%, как средний 34% , как выше среднего 54,0% больных.

Женщины соответственно – 9,8% , 25, 5% и 64,7% (различия статистически достоверно только для оценки выше среднего).

В процессе беседы, наличие хорошего характера подавляющее большинство пациентов (82%) связывали с доброжелательностью и умением ладить с людьми.

Анкета МАС.

До операции лишь у 4,9% был низкий уровень тревоги, у 32,7% - средний уровень с тенденцией к низкому, у 26,7% средний уровень с тенденцией к высокому, у 32,7% высокий уровень тревоги и у 3,0% очень высокий уровень тревоги (женщины).

После операции низкий уровень тревоги отмечался у 5,9% больных (все мужчины), средний с тенденцией к низкому остался практически на том же уровне у 30,7% , средний с тенденцией к высокому у 33,7% , высокий уровень тревоги у 26,7% . Очень высокий уровень тревоги остался на том же уровне 3,0% (все женщины). Произошло некоторое перераспределение больных - уменьшилось больных с высоким уровнем тревоги в сторону увеличения с средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому. Но в целом уровень тревоги до операции и после операции остался таким же средним с тенденцией к высокому и составлял соответственно 21,0 балла и 22,5 балла (различия статистически недостоверно).

Необходимо отметить, что женщины намного тревожнее, чем мужчины, как до операции, так и после операции. Так, до операции мужчин с низкой

тревожностью было - 8,2%, женщин -2%. Со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому было мужчин 40,8% и женщин 25,5%, с средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому мужчин 30,6% и женщин 23,5%, с высоким уровнем мужчин 20,4%, но зато женщин было вдвое больше - 43,1%. С очень высоким уровнем тревоги были только женщины – 5,9%.

После операции несколько увеличилось мужчин с низким уровнем тревоги – их стало 5,9%. Женщин в этой группе не стало. Количество больных со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому осталось практически таким же как среди мужчин так и женщин. У мужчин возросло число со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому на 10%, за счет уменьшения больных с высоким уровнем тревоги. У женщин число больных со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому несколько возросло, а количество больных с высоким уровнем и очень высоким уровнем тревоги осталось на прежнем уровне. Как и до операции так и после в группе с очень высоким уровнем тревоги не было ни одного мужчины.

У мужчин до операции отмечался средний уровень тревоги с тенденцией к высокому и составил 16,7 балла, у женщин был высокий уровень тревоги - 25,1 (статистически различие достоверно $F = 20,6$, $F_{кр} = 3,9$ $p < 0,001$). В послеоперационном периоде состояние тревоги существенно не менялось и она оставалась на прежнем уровне и составила у мужчин 16,2, у женщин 25,5 балла (различие статистически достоверно между мужчинами и женщинами $F = 21,3$, $F_{кр} = 3,9$, $p < 0,001$).

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ.

24,3% пациентов считают себя больными; 43,7 % пациентов считают себя скорее больными, чем здоровыми; 32,0% в целом здоровыми.

На вопрос, какие факторы влияют на здоровье по степени значимости, больные ответили: 1) семья 2) материальное положение 3) характер 4) интересное дело. Почти треть больных - 29,7% указали, что была болезнь близких, которая отрицательно повлияла на их здоровье. Основная масса опрошенных - 74,2 % получала информацию о том, что надо делать, чтобы быть здоровыми из средств массовой пропаганды: газет, телевидения, радио. Другая четвертая часть пациентов (25,8% больных) получала информацию от соседей, друзей, медицинских работников. Также примерно 2/3 больных (61,4%) на вопрос в какой период жизни были более всего здоровыми, ответили 21 – 30 лет и 31 – 40 лет. В возрасте старше 50 лет считали себя здоровыми до данной болезни лишь 6,9% пациентов.

Выводы

1. Основная масса больных колоректальным раком (93,1%) считают себя здоровыми только до 50 лет, то есть даже не достигнув пенсионного возраста.

2. У трети больных был психогенный фактор в форме тяжелой болезни родственников, который отрицательно повлиял на их состояние здоровья.

3. Наиболее важным для сохранения здоровья является прежде всего семья, а не материальное положение.

4. Женщины значительно тревожнее, чем мужчины. Уровень тревоги, несмотря на проведенное оперативное лечение сохраняется у больных на прежнем уровне, то есть остается средним с тенденцией к высокому у мужчин и высоким у женщин.

5. Женщины более самокритичны к своему состоянию. Самооценка здоровья и счастья у них изначально и после операции ниже, чем у мужчин.

Результаты нашего исследования подтверждают, что у больных с колоректальным раком имеется тревожно-депрессивное состояние, как до операции, так и после нее, причем у женщин оно более выражено.

Это требует широкого применения психологической коррекции для реабилитации данной категории больных с возможным привлечением клинического психолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонеева И.И., Биктимиров Т.З., Модников О.П. и др. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. Ульяновск: СВНЦ, 1998.- 256 с.: илл. .

2. Белов В.П. Нервно- психические нарушения у лиц, перенесших операцию по поводу рака желудка //Журн. Невропат. И психиатр. 1967.- Т. 67. -№5. –С.741-748.

3. Герасименко В.Н., Ю.В. Артюшенко, Амирасланов А.Т. и др.; под ред. В.Н. Герасименко. Реабилитация онкологических больных. - М.; Медицина, 1988, 272 с.; ил

4. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. 6. С. 141-145.

5. Марасанов С.Б. Эмоциональные расстройства и факторы, влияющие на их формирование у онкологических больных в предоперационном периоде// Психовегетативные аспекты внутренней патологии. Твер. Мед. Институт. – Тверь 1992, - с. 110 -114.м

6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., Медицина, 1970 .С- 214.

7. Симонов Н.Н., Гнездилов А.В. Терапия психогенных нарушений у больных злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта. Тезисы Всесоюзного симпозиума «Совершенствование методов реабилитации онкологических больных», Ленинград, 15-16 ноября 1978. -С.77-79.

8.Соколов А.В., Стома А.В. Современный подход к оценке результатов реабилитационного лечения больных гипертонической болезнью. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 4. 2006. – С. 75- 81.

9. Тайцлин В.И. Паранеопластические нервно-психические синдромы при раке внутренних органов (обзор). Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова том 79, 1979, вып.5 с. 632-639.

10. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных. Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1984, т.84, вып. 12., с. 1839 – 1844

11. Яковлева Н.В. Индивидуальные модели здоровья: Методика исследований // Медицинское образование 21 века/. Сб. научн. Тр. Материалы международной конференции.-Витебск, 2002. С 633-634.

12. Sauers В.М. Analysis of heaSchwartz L. Current management of depression in cancer patients /L. Schwartz, M. Lander H. M. Chochinov //Oncology (Huntingt). – 2002. – Vol. 16, №8. - P. 1102 -1110.

13. Singer S., Schwarz R. Psychosocial aftercare of patients with endometrial of cervical cancer // Zentralbl Gynecol. – 2002. – Vol. 124, № 1. – P. 64-70. 258.
14. Slaughter J.R., Jain A., Holmes S., Reid J.C., Bobo W., Sherrod N.B. Panic disorder in hospitalized cancer patients // Psych-oncology.- 2000. –Vol. 9, № 3. –P. 253-258.
15. Schroder F. Zur differential diagnostischen Bedeutung neurologischer Syndrome bei malignen Tumoren // Z. ges. Inn. Med. – 1978. - Bd. 33. №16.- S. 557 -560.

PSYCHODIAGNOSTIC DESCRIPTION OF PATIENTS' STATE WITH COLORECTAL CANCER OF 3-4 STAGES DURING INPATIENT CARE

N.V.Yakovleva, E.I.Semionkin, S.N.Trushin

In this study we've evaluated psychodiagnostic description of patients' state with colorectal cancer of 3-4 stages during inpatient care. We've used test of differentiated self-appraisal «CAH», Dembo-Rubinstein's test of self-appraisal, personal anxiety scale MAS, standardized interview "Individual conception of state of health".

We've discovered that patients, especially women, had anxiety-depression condition before an operation and after it. Women have more self-criticism to state of health, self-appraisal of health and happiness is lower, than in men. The most important factor of health preservation is family, but not financial position.

Keywords: psychodiagnostics characterization, colorectal cancer, inpatient treatment.

Семионкин Евгений Иванович, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru

Яковлева Наталья Валентиновна – к.псих. н. заведующая кафедрой психологии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru

Трушин Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru