

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
**«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»**  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)  
Институт социально-гуманитарных технологий  
Кафедра специальной психологии

Рыбакова Вера Юрьевна  
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**Изучение эмоциональных состояний больных, страдающих  
онкологическими заболеваниями**

Направление подготовки 37.04.01 Психология  
направленность (профиль) образовательной программы  
Психологическое консультирование и психотерапия

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:**

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Шилов С.Н. 03.10.18

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Шилов С.Н. 03.10.18

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.психол.н., Верхотурова Н.Ю.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Верхотурова Н.Ю. 03.10.18

(дата, подпись)

Обучающийся

Рыбакова В.Ю.

(фамилия, инициалы)

03.10.18

В.Ю.

(дата, подпись)

## Содержание

Введение.....	3
Глава I. Анализ литературы по проблеме изучения особенностей эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	9
1.1 Общая характеристика онкологических заболеваний.....	9
1.2 Эмоциональные состояния и их роль в психологическом и соматическом здоровье человека.....	17
1.3 Современное состояние изучения проблемы эмоций больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	24
Выводы по первой главе.....	34
Глава II. Экспериментальное изучение эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	36
2.1 Организация, методы и методики исследования.....	36
2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	46
Выводы по второй главе.....	55
Глава III. Психологическая программа по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	58
3.1 Основные научно-методологические подходы к коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	58
3.2 Основные направления, формы и методы психологической работы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.....	68
Выводы по третьей главе.....	80
Заключение.....	82
Список используемой литературы.....	86

## Введение

**Актуальность исследования.** Проблема изучения эмоциональных состояний личности в различных процессах жизнедеятельности в настоящее время становится все более актуальной. Это, прежде всего, связано с высокой динамикой жизни человека, интенсификацией коммуникативных связей и некоторые другие характерные черты современной эпохи, которые обуславливают необходимость разработки практических психологических средств по увеличению потенциальных возможностей человека, совершенствованию его адаптивных механизмов. Изучением эмоциональных состояний занимались такие отечественные психологи как: П.К. Анохин (1964), С.Л. Рубинштейн (1946), З. Фрейд, А.Н. Леонтьев (1971), П.В. Симонов (1981). Эмоциональные состояния онкологических больных изучены крайне слабо, о чём свидетельствует недостаточная представленность данных материалов в современной научной литературе. Некоторые результаты исследований представлены в работах Н.Н. Блинова (1990), С.А.Кулакова(2003), Г.А. Ткаченко (2008), Н.А. Русина (2002). Однако таких исследований недостаточно. Высокая практическая и теоретическая значимость обозначенной проблемы и малая её разработанность в теории и практике психологии обуславливают актуальность реализуемого нами исследования. Это обусловлено прежде всего, устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем будет нарастать.

Особая роль в данном контексте отводится регулированию эмоциональной сферы личности, т.к. значение эмоций для организма заключается в предупреждении о разрушающем характере каких-либо факторов. Психические состояния, как целостные характеристики

психической деятельности человека сопровождают его всю жизнь, и при этом состояния влияют на процессы, являясь фоном их протекания. Они характеризуются целостностью, подвижностью и относительной устойчивостью, взаимосвязью с психическими процессами и свойствами личности, индивидуальным своеобразием и типичностью, многообразием и полярностью. В некоторых условиях развиваются различные формы нарушений функциональных состояний, такие как: утомление, стресс, депрессия, тревожность, эмоциональная истощаемость и выгорание и др., которые, как правило, ведут к более сложным нарушениям - психосоматическим заболеваниям, для противодействия, которых следует использовать не только известный комплекс превентивных и оперативных воздействий, но и другие приемы коррекции, субъектом своего измененного состояния.

Сегодня науке уже известно, что эмоциональные состояния человека являются причиной многих заболеваний. Между стрессом и возникновением заболевания существует настолько тесная связь, что иногда по силе перенесенного человеком стресса бывает возможно предсказать его болезнь.

Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии психологического стресса на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависит от отношения человека к болезни, его психического состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения.

Купирование на первых этапах терапии неблагоприятных эмоциональных воздействий, представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического характера заболевания.

**Проблема исследования:** изучение эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями в настоящее время становится все более актуальной. Однако, обозначенная область исследований мало изучена и требует последующей разработки в теории и практики психологической науки.

**Цель исследования:** изучить особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями и разработать психологическую программу методических рекомендаций по их коррекции.

**Задачи исследования:**

1. На основании анализа общей и медицинской литературы определить степень разработанности проблемы;
2. Выявить особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями;
3. Разработать психологическую программу методических рекомендаций по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Объект исследования:** эмоциональная сфера больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Предмет исследования:** особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Гипотезой исследования** послужило предположение о том, что особенностями эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями является высокий уровень тревожности, стресса и наличие страха.

**Методологические и теоретические основы исследования:**

— общие теории эмоций (П.К. Анохин,1964; А.Н. Леонтьев,1971; С.Л. Рубинштейн,1946; П.В. Симонов,1981; З. Фрейд);

— учения об опухолях Декарта, Гюнтера (1794), Р. Вирхова (1853), Н.Н. Блохина (1979);

— учение эмоциональных состояний онкологических больных: Н.Н. Блинов (1990), С.А.Кулаков (2003), Н.А. Русина (2002), Гедрон (1701), Н. Пезешкиан (1996).

#### **Методы исследования:**

Теоретический анализ медицинской, психологической литературы по проблеме исследования. В психологическое исследование были включены эмпирические методы: наблюдение, опрос, беседа, тестирование, констатирующий эксперимент. Полученные в ходе экспериментальной работы данные были обработаны с использованием количественных, качественных и интерпретационных методов исследования.

В психодиагностическое исследование были включены следующие **методики:**

1. Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге (2001);

2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора (1992);

3. Четырёхмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича (2001);

4. Метод цветowych выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера (2002).

**Организация исследования:** Экспериментальное исследование было проведено в Краевой клинической больнице в эндокринном хирургическом отделении г. Красноярска. В исследовании участвовало – 30 человек с диагнозом рак щитовидной железы (РЩЖ 1–3 стадии). В выборке участвовало 9 мужчин и 21 женщина. Возраст испытуемых составил 25 – 60 лет.

**Этапы проведения исследования:**

1) Первый этап (ноябрь 20016 — январь 2017 г.) – анализ медицинской и психологической литературы по проблеме исследования, выявление проблемы исследования, постановка задач, определение гипотезы.

2) Второй этап (январь 2017 — март 2017 г.) – определение экспериментальных планов, определение критериев экспериментальной выборки; разработка модели исследования; формулирование объекта и предмета исследования.

3) Третий этап (апрель 2017 — ноябрь 2017 г.) – подбор методов и методик для эмпирического исследования. Реализация экспериментальной части исследования. Выявление особенностей эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями на основании отобранных диагностических методов и методик.

4) Четвертый этап (декабрь 2017 — март 2018 г.) – Анализ результатов исследования по изучению эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Количественная и качественная обработка и интерпретация результатов исследования.

5) Пятый этап (апрель 2018 – ноябрь 2018) – разработка программы методических рекомендаций по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Формулирование выводов и заключения. Оформление текста диссертации.

**Теоретическая значимость исследования:** определяется тем, что его результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Практическая значимость исследования:** результаты реализованного нами эмпирического исследования представляют большой практический интерес для работы практического психолога в сфере здравоохранения. В работе представлена модель исследования эмоциональных

состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями, а также программа методических рекомендаций по их коррекции у изучаемого контингента лиц. Разработанный методический материал может быть полезен клиническим психологам, работающим с онкологическими больными.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа изложена на 103 страницах (включая приложение), состоит из введения, 3 глав, выводов, заключения, списка литературы (в количестве 71 источника), 6 приложений. Выпускная квалификационная работа проиллюстрирована 4 таблицами и 3 рисунками.



# **Глава 1. Анализ литературы по проблеме изучения особенностей эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

## **1.1. Общая характеристика онкологических заболеваний**

Проблема злокачественных опухолей в настоящее время является одной из самых серьезных для современной медицины. Вопросами предупреждения и лечения злокачественных опухолей занимаются не только врачи, но и целая армия ученых в области медицины и психологии, такие как: Ш.Х. Ганцев (2004), В.В. Потемкин (1999), В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко (2009), Р. Вирхова (1853), Н.Н. Блохин (1979). Над изучением причин возникновения опухолей, их роста и распространения в организме человека работают сотрудники множества научно-исследовательских институтов и лабораторий всех стран мира. Это обусловлено прежде всего, устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем будет нарастать.

Описания злокачественных новообразований относят к глубокой древности. Их можно встретить в папирусах Древнего Египта и манускриптах Индии еще за 2000 лет до нового летоисчисления. Однако наиболее полно опухоли описаны Гиппократом (460-377 г. до н.э.), которому принадлежит первая попытка классифицировать их. Он разделял опухоли на две категории – присущие человеку и неприсущие, а последние – на заживающие и незаживающие. Все они, по его мнению, возникали

вследствие неправильного смешения соков организма – черной и желтой желчи, слизи и крови [3, с. 873].

В 11 в. Декарт высказал предположение, что опухоли возникают вследствие уплотнения и коагуляции лимфы. Это предположение основывалось на знании механизмов крово- и лимфообращения, открытых У. Гарвеем (1628) и М. Мальпигием (1651). Только примерно через 100 лет Гюнтер (1794) высказал мнение, что большинство опухолей возникает вследствие психологической травмы.

Мощным толчком в развитии экспериментальной и клинической онкологии явилась теория раздражения Р. Вирхова (1853), согласно которой опухоли возникают вследствие травмирования (раздражения) внешними факторами. Р. Вирхов доказал, что опухолевая клетка организма происходит только из клетки, положив этим начало естественно-научному подходу к решению важной проблемы опухолевого роста [2, с. 21].

Наиболее удачное определение понятия опухоли дал Н.Н. Блохин (1979): « ... опухолевые заболевания представляют собой особый вид патологии, широко распространенный в природе, характеризующейся безудержным и относительно автономным ростом и размножением клеток в очаге заболевания. Однако злокачественная клетка передает свои свойства и способность к росту всем последующим поколениям клеток. При этом отмечается анаплазия тканей, т.е. возврат ее к более примитивному типу. Характерным для злокачественных опухолей является также инфильтративный рост и метастазирование» [2, с. 25].

Региональными особенностями злокачественных новообразований занимается онкоэпидемиология. Природные условия среды обитания, генетические особенности этнических групп, населяющих определенную географическую зону, религиозные традиции, традиционные привычки питания – это далеко не весь перечень факторов, воздействующих на население и определяющих возрастные закономерности и структурные

соотношения различных форм злокачественных новообразований. Многие факторы риска возникновения и развития новообразований обусловлены региональными особенностями условий жизни населения. Исследованиями А.А. Богомольца (1927, 1931) и его учеников доказано, что угнетение соединительной ткани предшествует клиническому проявлению опухоли. Этому способствует, например, хроническая интоксикация, вызванная внешними факторами или хроническими заболеваниями, а также пожилой возраст [1, с. 150].

Опухолевый процесс нельзя рассматривать как местный процесс, так как он протекает при перестройке обмена веществ, изменении и нарушении функции эндокринных органов, соединительной ткани и центральной нервной системы. Поэтому опухолевый, в том числе и злокачественный, рост не является чем-то случайным, навязанным организму из вне. Наоборот, способность к опухолевому росту присуща организму.

Замечено, что у людей, проживающих в теплых климатических условиях, чаще наблюдаются системные заболевания. По мнению исследователей (А.В. Чаклина, 1992; А.А. Марычева, 1998) они обусловлены иницирующим влиянием вирусов и микроорганизмов (лейкоз, лимфосаркома, рак печени, рак носоглотки, рак мочевого пузыря), что связывают с благоприятными теплыми условиями для обитания и размножения иницирующих агентов. На эпидемиологических показателях заболеваемости отражается также стиль жизни и правила поведения людей, связанные с их религиозными убеждениями. У народа, отказавшегося от употребления табака и алкоголя по религиозным соображениям, отмечается низкий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями [1, с. 23].

Изобретение микроскопа способствовало дальнейшему развитию науки об опухолях. Так, в 1801 г. М.Биша, а затем И.Мюллер (1838) отмечали, что опухоли имеют клеточное строение, и различали в них строму

и паренхиме. Однако они еще не видели связи опухоли с организмом и считали, что опухолевые клетки внезапно появляются среди здоровых клеток органа. Вскоре Ж.Крювелье (1792-1874) высказал мысль о том, что для развития опухоли необходим определенный период, в течение которого нормальные клетки должны пройти стадию «канцероматозной дегенерации».

Таким образом, впервые было высказано предположение, что опухоли развиваются по определенным *стадиям*.

Стадия злокачественного роста — прогностически важное понятие, отражающее степень злокачественности и агрессивности опухоли. Определение стадии новообразования включает оценку его размера, степень поражения регионарных лимфатических узлов наличие или отсутствие отдалённых метастазов [6, с. 56].

Для многих опухолей составлены *классификации TNM* [24, с. 58], определяющих для каждого заболевания: размер опухоли Т (tumor); состояние регионарных лимфатических узлов N (nodulus) и отдаленное метастазирование М (metastasis).

Конкретизируем на примере рака щитовидной железы (РЩЖ):

Т - распространенность рака в щитовидной железе

Н - наличие или отсутствие регионарных метастазов рака щитовидной железы

М – наличие или отсутствие метастазов в отдаленные органы

Щитовидная железа является уникальным органом, относящимся к эндокринной системе. Ее сложное микроскопическое строение, разнообразие клеток, вырабатывающих различные гормональные вещества, очень богатое кровоснабжение (каждые 5 минут через железу протекает вся кровь организма) обусловили и уникальность опухолей, развивающихся в ней. По своим биологическим свойствам течение рака щитовидной железы менее агрессивно в сравнении со злокачественными опухолями других органов.

Вследствие этого факта и смертность от рака щитовидной железы гораздо ниже [22, с.88].

В структуре общей онкологической заболеваемости злокачественные опухоли щитовидной железы занимают около 2%. Отмечается рост заболеваемости, преимущественно за счет лиц молодого возраста. По данным ВОЗ за последние 10 лет заболеваемость выросла в 2 раза. Рак щитовидной железы (РЩЖ) встречается у лиц в любом возрасте, болеют даже дети и подростки. Подъем заболеваемости приходится на возраст 40–50 лет. У женщин эта патология встречается чаще, чем у мужчин в 3–4 раза. Под влиянием экологических факторов следует ожидать и в дальнейшем не только роста числа больных, но и смертности от этого заболевания. Несмотря на наружную локализацию, опухоли выявляются в большинстве случаев в 3–4 стадии [6, с. 45].

Причины РЩЖ точно неизвестны, но замечено, что чаще болеют люди, перенесшие в детстве или молодом возрасте лучевое лечение на область головы и шеи по поводу каких-либо заболеваний (аденоиды, гемангиомы, опоясывающий лишай и пр.). У лиц, живущих или живших на территориях, подвергшихся радиации после аварии на Чернобыльской АЭС, отмечен резкий рост заболеваемости РЩЖ, особенно у детей. У лиц молодого возраста чувствительность щитовидной железы к ионизирующему излучению повышена. РЩЖ также часто отмечается у лиц с длительно существующими узловыми зобами. Для заболевания РЩЖ имеют значения гормональные нарушения в организме, возникшие при хронических заболеваниях других эндокринных органов. При особой форме РЩЖ (медулярном) имеет значение наследственный фактор [19, с. 39].

Таким образом, в группу повышенного риска по РЩЖ входят [1, с. 223]:

- 1) лица, подвергшиеся ионизирующему облучению;

2) пациенты с длительно существующими узловыми образованиями в щитовидной железе (узловые зобы, узловые формы хронических тиреоидитов, рецидивирующие узловые зобы);

3) все мужчины с узловыми образованиями в щитовидной железе независимо от длительности существования узлов;

4) лица, в семье которых есть больные медуллярным РЩЖ;

5) пациенты, особенно женского пола, имеющие доброкачественные или злокачественные опухоли половой сферы, молочных желез, кишечника, надпочечников при наличии узлового образования в щитовидной железе.

Ученые такие как, Саймонтон К., Саймонтон С.( 2001), Ярёмченко К.В., Пашинский В.Г.( 2002), Ялкут С.И. (2006) предлагают рассматривать следующие *разновидности* РЩЖ:

1.Папиллярный

2.Фолликулярный

3.Медуллярный

4. Недифференцированный (анапластический).

Папиллярная карцинома составляет примерно 70% от всех злокачественных опухолей щитовидной железы. Она может развиваться в любом возрасте, но чаще - на третьей и четвертой декаде жизни. Опухоль чаще всего прорастает в капсулу щитовидной железы. Папиллярный рак чаще поражает молодых людей (до 40 лет) и протекает у них более благоприятно [4, с. 86].

Фолликулярный рак составляет примерно 15% от опухолей щитовидной железы и встречается в более старшей возрастной группе. Частота возрастает в эндемичных по зобу районах. Злокачественность опухоли определяется прорастанием капсулы и проникновением в сосуды. Распространение по сосудам может привести к отдаленным метастазам в легкие и в кости [37, С.11]. Фолликулярный рак чаще встречается у пожилых. Он характеризуется медленным ростом и отличается от папиллярного более

злокачественным течением; продолжительность жизни больных при этом типе опухоли меньше.

Умеренно дифференцированным (солидным) считается медуллярный рак. Он характеризуется относительно медленным ростом. Регионарные метастазы встречаются в 40-55% случаев. При медуллярном раке могут развиваться гипокальциемия, "приливы", сопровождающиеся покраснением лица, поносом. В ряде случаев при раке щитовидной железы наблюдается тиреотоксикоз. Ощущается давление и болезненность в области опухоли. При прорастании опухолью капсулы щитовидной железы и инфильтрации окружающих тканей, подвижность пораженной части железы уменьшается, она становится плотной, бугристой [21, С.478].

Недифференцированный (анапластический) рак развивается из фолликулярного эпителия щитовидной железы, является наиболее агрессивным, часто возникает на фоне длительно существующей аденомы, характеризуется бурным ростом, ранним обширным метастазированием. Анапластический рак встречается в основном у пожилых. Он характеризуется быстрым ростом опухоли, ее болезненностью, ранним метастазированием и гибелью больных в течение года после установления диагноза из-за местного инвазивного роста с вовлечением трахеи, пищевода, сосудов шеи [1, с. 109].

Диагностика рака щитовидной железы трудна, поэтому диагностические ошибки не редки. Опухоль настолько мала, что не вызывает никаких ощущений у пациента, не прощупывается врачом, порою проявляется безболезненным узлом на шее. Наличие такого узла на шее может быть довольно длительным, до 10 лет. При дальнейшем прогрессировании узел начинает ощущаться, вызывая дискомфорт [3, с. 874].

Для диагностики рака щитовидной железы кроме осмотра, ощупывания железы и шейных лимфоузлов широко применяется УЗИ, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с последующим

цитологическим исследованием. Сцинтиграфия костей позволяет выявить отдаленные метастазы. Определение уровня гормонов ТТГ, Т3, Т4 для диагностики рака имеет вспомогательное значение. Определение уровня тиреоглобулина (ТГ) имеет значение лишь для диагностики рецидивов и метастазов.

*Лечение рака щитовидной железы* хирургическое. Объем операции, т.е. объем удаляемых тканей зависит от степени поражения железы. Адекватным для рака щитовидной железы в современной онкологии являются тиреоидэктомия (полное удаление всей щитовидной железы). Щитовидная железа удаляется вместе с капсулой [20, с. 164].

*Технические сложности операции* и соответственно возможные осложнения связаны с тем, что по задней поверхности долей железы проходят возвратные нервы, отвечающие за подвижность голосовых складок. При удалении большой опухоли, которая вышла за пределы капсулы железы и прорастает нерв (это проявляется хриплым голосом), выделить нерв практически невозможно. При его пересечении на этой стороне голосовая складка будет неподвижной (парез гортани). Двустороннее поражение (или повреждение) нерва чревато затруднением дыхания, в связи с чем иногда приходится прибегать к трахеостомии.

На капсуле щитовидной железы находятся также маленькие железки (от 6 до 8 штук), называемые паращитовидными. Под их контролем обмен кальция в организме. Во время удаления щитовидной железы необходимо их тщательное выделение и сохранение. При несоблюдении этого возникает недостаток кальция в крови (гипопаратиреоз), что проявляется в легких случаях онемением пальцев, чувством "мурашек" по телу, в тяжелых случаях могут быть судороги [28, с. 29].

После удаления щитовидной железы по поводу рака пациенты должны принимать препараты- гормоны щитовидной железы (Л-тироксин, эутирокс) для компенсации обменных процессов (с заместительной целью) и



для профилактики рецидивов. Доза гормонов назначается и корректируется эндокринологом. Метастазы в шейные лимфоузлы лечатся также хирургически (шейная лимфодиссекция). При наличии подтвержденных метастазов высокодифференцированных форм рака щитовидной железы (папиллярного и фолликулярного) в шейные и паратрахеальные (около трахеи) узлы для профилактики рецидивов проводится лечение радиоактивным йодом. При этих формах рака возможно лечение радиоактивным йодом и отдаленных метастазов (в легких, костях). Иногда проводится лучевая терапия - наружное облучение. Пациенты, перенесшие лечение по поводу рака щитовидной железы, должны находиться под наблюдением онколога (специалиста по опухолям головы и шеи), а также эндокринолога для коррекции дозы гормонов. [26, с. 556].

*Прогноз при раке щитовидной железы* зависит от многих факторов - пола, возраста, но прежде всего от стадии заболевания, т.е. от распространенности опухолевого процесса, гистологической формы опухоли [23].

Несмотря на усилия ученых таких как: Н.Н. Петров (1910), Зильбер Л.А. (1968), врачей и психологов мирового сообщества, проблема РЩЖ остается весьма далекой от разрешения. Потому огромное значение в снижении смертности от рака является пропаганда профилактики онкологических заболеваний и их ранняя диагностика. Развитие злокачественной опухоли представляет собой многостадийный процесс и, соответственно, требует особых мер профилактики на каждом этапе своего развития. Ни для кого не секрет, что проще предупредить болезнь, чем ее лечить.

## **1.2. Эмоциональные состояния и их роль в психологическом и соматическом здоровье человека**

*Эмоции* – самая интересная, яркая и разнообразная область человеческой психики. Без них немислим ни один аспект жизнедеятельности людей. Любовь, самоуважение, гордость, честь, мужество, симпатия, совесть, привязанность, достоинство - все эти общечеловеческие ценности основаны на эмоциях.

Для человека главное значение эмоций, считает А.Н. Русина (2002), заключается в том, что, благодаря эмоциям, мы лучше понимаем окружающих, можем, не пользуясь речью, судить о состоянии друг друга и лучше настраиваться на совместную деятельность и общение.

Жизнь без эмоций так же невозможна, как и без ощущений. Эмоции, по мнению Ч. Дарвина (1953), возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа устанавливают значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для них потребностей. Эмоционально-выразительные движения человека: мимика, жесты, пантомимика, выполняют функцию общения, т.е. сообщения человеку информации о состоянии говорящего и его отношении к тому, что в данный момент происходит, а также функцию воздействия, оказания определенного влияния на того, кто является субъектом восприятия эмоционально-выразительных движений [33].

П. К. Анохин (1964), определяя эмоцию, пишет: «Эмоции - физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека - от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения» [29, с. 339].

С. Л. Рубинштейн (1946) в понимании сущности эмоций исходил из того, что в отличие от восприятия, которое отражает содержание объекта, эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту [30].

П. А. Рудик (1976) давая определение эмоциям, отождествляет переживание и отношение: «Эмоциями называются психические процессы,

содержанием которых является переживание, отношение человека к тем или иным явлениям окружающей действительности...» [31, с.75].

В своих ранних работах З. Фрейд пишет, что аффект или эмоция - это единственная побудительная сила психической жизни, а в своих поздних трудах он уже говорит об аффектах, об интрапсихических факторах как пробуждающих фантазии и желания индивида [31, с. 78].

А. Н. Леонтьев (1971) отмечает регулирующий характер эмоций, когда пишет, что к эмоциональным процессам относится широкий класс процессов внутренней регуляции деятельности и что они способны регулировать деятельность в соответствии с предвосхищаемыми обстоятельствами. Согласно автору, переживание лишь порождается эмоцией, но не есть ее единственное содержание. Простейшие эмоциональные процессы выражаются и в органических, двигательных и секреторных изменениях (врожденных реакциях).

В. Вундт (1880) считал, что эмоции - это прежде всего внутренние изменения, характеризующиеся непосредственным влиянием чувств на течение представлений.

Анализ современных исследований, рассматривающий различные толкования определения эмоций позволяет констатировать, что используемые психологами определения эмоций, проявляется либо в одном слове – «переживание», либо в двух – «переживание отношения».

Исследователи (П.В. Симонов, 1981; П. К. Анохин, 1964) отвечая на вопрос о том, какую роль играют эмоции в жизнедеятельности человека, выделяют несколько регуляторных функций эмоций: отражательную (оценочную), побуждающую, подкрепляющую, переключательную, коммуникативную [31, с. 100].

*Отражательная функция* эмоций выражается в обобщенной оценке событий. Эмоции охватывают весь организм и представляют почти мгновенную и интегральную оценку поведения в целом, что позволяет

определить полезность и вредность воздействующих на человека факторов еще до того, как будет определена локализация вредного воздействия. Примером может служить поведение человека, получившего травму конечности. Ориентируясь на боль, он немедленно находит такое положение, которое уменьшает болевые ощущения.

П.В. Симонов (1981) выделяет у эмоций *подкрепляющую функцию*. Известно, что эмоции принимают самое непосредственное участие в процессах обучения и памяти. Значимые события, вызывающие эмоциональные реакции, быстрее и надолго запечатлеваются в памяти [31].

*Переключательная функция* эмоций состоит в том, что они часто побуждают человека к изменению своего поведения. Переключательная функция эмоций наиболее ярко обнаруживается в экстремальных ситуациях, когда возникает борьба между естественным для человека инстинктом самосохранения и социальной потребностью следовать определенной этической норме.

Важной функцией эмоций является *коммуникативная функция*. Мимика, жесты, позы, выразительные вздохи, изменение интонации являются «языком человеческих чувств» и позволяют человеку передавать свои переживания другим людям, информировать их о своем отношении к явлениям, объектам и т.д. [31, с. 101].

В зависимости от длительности, интенсивности, предметности или неопределенности, а также качества эмоций, все эмоции можно разделить на эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения (В.Н. Мясищев).

Эмоциональные реакции характеризуются высокой скоростью возникновения и быстротечностью. Они длятся минуты, характеризуются достаточно выраженным их *качеством* (модальностью) и *знаком* (положительная или отрицательная эмоция), *интенсивностью* и *предметностью*. Под предметностью эмоциональной реакции, понимается ее

более или менее однозначная связь с вызвавшим ее событием или предметом. Эмоциональная реакция в норме всегда возникает по поводу событий, произведенных в конкретной ситуации чем-то или кем-то. Это может быть испуг от внезапного шума или крика, радость от услышанных слов или воспринятой мимики, гнев в связи с возникшим препятствием или по поводу чьего-то поступка и т.д. При этом следует помнить, что эти события - лишь пусковой стимул для возникновения эмоции, причиной же является либо биологическая значимость, либо субъективное значение этого события для субъекта. Интенсивность эмоциональных реакций может быть различной - от едва заметной, даже для самого субъекта, до чрезмерной - аффекта [34, с. 344].

Эмоциональные реакции часто являются реакциями фрустрации каких-то выраженных потребностей. *Фрустрацией* (от лат. *frustatio* - обман, разрушение планов) в психологии называют психическое состояние, возникающее в ответ на появление объективно или субъективно непреодолимого препятствия на пути удовлетворения какой-то потребности, достижения цели или решения задачи. Тип фрустрационной реакции зависит от многих обстоятельств, но очень часто является характеристикой личности данного человека. Это может быть гнев, досада, отчаяние, чувство вины.

Эмоциональные состояния характеризуются большей длительностью, которая может измеряться часами и днями, в норме - меньшей интенсивностью, поскольку эмоции связаны со значительными энергетическими тратами из-за сопровождающих их физиологических реакций. По своей модальности эмоциональные состояния могут представлять в форме раздражительности, тревоги, благодушия, различных оттенков настроения - от депрессивных состояний до состояния эйфории. Однако чаще всего они представляют собой смешанные состояния. Поскольку эмоциональные состояния - это тоже эмоции, в них также отражаются отношения между потребностями субъекта и объективными или

субъективными возможностями их удовлетворения, коренящимися в ситуации [31, с. 156].

При отсутствии органических нарушений центральной нервной системы состояние раздражения является по сути дела высокой готовностью к реакциям гнева в длительно текущей ситуации фрустрации. У человека возникают вспышки гнева по малейшим и разнообразным поводам, но в основе их лежит неудовлетворенность какой-то лично значимой потребности, о чем сам субъект может не знать.

Состояние тревоги означает наличие какой-то неопределенности исхода будущих событий, связанных с удовлетворением какой-то потребности. Часто состояние тревоги связано с чувством самоуважения (самооценкой), которое может пострадать при неблагоприятном исходе событий в ожидаемом будущем. Частое возникновение тревоги в повседневных делах может свидетельствовать о наличии неуверенности в себе как качестве личности, т.е. о неустойчивой или низкой самооценке, присущей данному человеку вообще.

Настроение человека часто отражает переживание уже достигнутого успеха или неудач, либо высокую или низкую вероятность успеха или неудачи в скором будущем. В плохом или хорошем настроении отражается удовлетворение или неудовлетворение какой-то потребности в прошлом, успех или неудача в достижении цели или решении задачи. Не случайно человека в плохом настроении спрашивают, не произошло ли что-нибудь. Длительно текущее сниженное или повышенное настроение (свыше двух недель), не характерное для данного человека, является патологическим признаком, при котором неудовлетворенная потребность либо действительно отсутствует, либо глубоко скрыта от сознания субъекта, и ее обнаружение требует специального психологического анализа. Человек чаще всего переживает смешанные состояния, например, сниженное настроение с оттенком тревоги или радость с оттенком беспокойства или гнева [33, с. 62].

Человек может переживать и более сложные состояния, примером чего является так называемая дисфория - длящееся два-три дня патологическое состояние, в котором одновременно присутствует раздражение, тревога и плохое настроение. Меньшая степень выраженности дисфории может встречаться у некоторых людей и в норме [31, с. 112].

В своей книге Е.П. Ильин (2001) эмоциональные отношения иначе еще называет чувствами. Чувства – это устойчивые эмоциональные переживания, связанные с каким-то определенным объектом или категорией объектов, обладающих особым значением для человека. Чувства в широком смысле могут быть связаны с различными объектами или действиями, например, можно не любить данную кошку или кошек вообще, можно любить или не любить делать утреннюю зарядку и т. д. Чувства отличаются от эмоциональных реакций и эмоциональных состояний длительностью - они могут длиться годами, а иногда и всю жизнь, например чувство любви или ненависти. В отличие от состояний чувства предметны - они всегда связаны с предметом или действием с ним.

В психологической литературе распространено также деление эмоциональных состояний, которые испытывает человек, на собственно эмоции, чувства и аффекты [30].

Эмоции и чувства – личностные образования, социально-психологически характеризующие человека; связаны с кратковременной и оперативной памятью.

Аффект – это кратковременное, бурно протекающее состояние сильного эмоционального возбуждения, возникающее в результате фрустрации или какой-либо иной, сильно действующей на психику причины, обычно связанной с неудовлетворением очень важных для человека потребностей. Аффект не предшествует поведению, а формирует на одном из конечных его этапов. В отличие от эмоций и чувств аффекты протекают бурно, быстро, сопровождаются резко выраженными органическими

изменениями и двигательными реакциями. Аффекты способны оставлять сильные и устойчивые следы в долговременной памяти. Эмоциональная напряженность, накапливаемая в результате возникновения аффективных ситуаций, может суммироваться и рано или поздно, если ей вовремя не дать выхода, привести к сильной и бурной эмоциональной разрядке, которая, снимая напряжение, часто влечет за собой ощущение усталости, подавленности, депрессии [33, с. 51].

Одним из наиболее распространенных в наши дни видов аффектов является стресс - состояние душевного (эмоционального) и поведенческого расстройства, связанное с неспособностью человека целесообразно и разумно действовать в сложившейся ситуации [35]. Стресс представляет собой состояние чрезмерно сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает у человека, когда его нервная система получает эмоциональную перегрузку [33, с. 52].

Таким образом, каждый из описанных видов эмоций внутри себя имеет подвиды, которые в свою очередь, могут оцениваться по разным параметрам – интенсивности, продолжительности, глубине, осознанности, происхождению, условиям возникновения и исчезновения, воздействию на организм, динамике развития, направленности (на себя, на других, на мир, на прошлое, настоящее или будущее), по способу их выражения во внешнем поведении (экспрессии) и по нейрофизиологической основе.

### **1.3. Современное состояние изучения проблемы эмоций больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания, у многих больных вызывают волнения, тревогу, страх. Их волнуют мысли о том, как будет проходить болезнь и насколько она опасна для жизни. Сопутствующие



психоэмоциональному состоянию отрицательные эмоции, напряжение или депрессия могут усугубить течение болезни.

Н.Н. Блинов (1990) считал, что такие эмоциональные состояния, как: страх, тревога, напряжение – безусловно, имеют объяснение и формируют единую картину стресса, если рассматривать диагноз «рак» как психотравмирующий фактор, вызывающий психологический стресс. Под психической травмой понимается вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику [63].

Эмоциональное состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников, что у него, возможно, онкологическое заболевание, рассматривается как тяжелейший психоэмоциональный стресс и характеризуется особенно высоким уровнем тревоги. В тех случаях, когда диагноз от больного скрывают, это состояние может доходить до уровня выраженного невроза[5].

Онкологический больной находится в состоянии постоянного эмоционального напряжения. Т.В. Шеляг (2003) в своей книге «Технологии социальной работы» пишет, что длительное тяжелое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, оперативное вмешательство, инвалидность, угроза летального исхода и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения больного. Изменяют систему ценностей, перестраивают его личность и заставляют адаптироваться к новым условиям жизни. У таких больных утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и с его последствиями - инвалидизацией, утратой привлекательности и т. п. Особенно болезненными являются

переживания, относящиеся к интимной сфере, в связи с чем больному необходима семейная поддержка [64].

Роль семейной поддержки возрастает в случаях появления у онкологических больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация больных к новому для них статусу онкологического больного эффективнее проходит в семьях с благоприятными отношениями.

Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии эмоциональных отклонений на онкологических больных (С.А.Кулаков,2003; К.Э. Изард, 2003; Г.А. Ткаченко, 2008; Н.Н. Блинов, 1990) свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависят от того, какое значение он придает событию. Умение адекватно реагировать и переживать стресс, его адаптационные возможности [63].

Психика больного раком в период развития болезни во многом аналогична психике больного, страдающего любым тяжелым соматическим заболеванием. Для начального периода характерны определенные особенности психики, связанные с болезненным процессом. Во время установления диагноза психические расстройства исчерпываются психогенными проявлениями. И вначале это, как правило, страх перед диагнозом.

Б.Е. Петерсон (1979) выделяет четыре периода в психологическом состоянии онкологического больного: предмедицинский, амбулаторный, стационарный и период диспансерного наблюдения [2].

Вначале больной раком старается придавать своей болезни значения, он не обращает на нее внимания, «бежит» от нее. В этом периоде (до окончательного установления диагноза) суицидальные попытки редки. Пониженное настроение не достигает выраженной степени депрессии, но

ощущение полноты жизни утрачивается. Успехи на работе, приятные жизненные события не вызывают прежней радости. Внимание приковано к подозрениям болезни. При наличии психастенических черт могут наблюдаться метания больного от одного врача к другому, то отчаяние, то надежда. Предаётся пассивно судьбе мечтатель, замыкает и молчит волевой, «вытесняет», игнорирует опасность истерик.

Начальный период, во время которого изменения психики выражены отчетливо, сменяется «диагностическим», когда больной так или иначе узнает о своем заболевании.

Е.П. Ильин (2001) отмечает, что в картине психических нарушений ведущей становится аффективность. Этот период продолжается несколько недель, а затем выраженность аффективных переживаний сглаживается, больной приспосабливается к новой ситуации [30].

Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон (1979) считают, что в диагностический период психогенная реакция редко достигает по выраженности психотической. Эта реакция может выражаться в патологическом спокойствии, пассивности, фантазировании, визуализации своих навязчивых мыслей и опасений, замене и даже как бы анализировании угрожающих представлений.

В «развернутой» фазе заболевания у больных имеются серьезные поражения и нарушения функции внутренних органов. От больных в конечной стадии они отличаются тем, что у них сохраняется способность поддерживать необходимый баланс обмена, признаваемая врачами возможность поправки и отсутствие заметных признаков безнадежности [2].

Некоторым произведена операция, другие готовятся к ней, получают специальное лечение (лучевая, химиотерапия), т.е. в этой фазе - это больные онкологических стационаров. Фон переживаний астенически тоскливый, наблюдается некоторая заторможенность. Такие больные не выносят даже

слабую боль, не переносят уколов, вливаний. Речь, внешний вид, позы, лицо больного становятся монотонными и однообразными.

Некоторые авторы (К.А. Скворцов; В.А. Ромасенко, 1961) отмечают онирические состояния: больные, лежа в постели с закрытыми глазами, видят перед собой движущиеся образы, сцены. Ориентировка при этом сохранена - это пассивное своеобразное созерцание наяву. Иногда бывают элементарные галлюцинации, фигуры людей, закутанные в покрывала, шорохи, бормотания, журчание, запахи сырости, листьев в лесу. Появляются тревожность и подозрительность: их неправильно лечат, путают лекарства, дают вредные вещества, проводят эксперименты, соседи говорят что-то недоброжелательное, намекают, показывают глазами. Это выявляется при тщательном расспросе и носит характер бредоподобных сомнений [65].

При длительном течении болезни иногда улавливается связь психических расстройств с определенной локализацией болезненного процесса. Так, при раке прямой кишки после длительного периода без видимых расстройств, появляется чувство страха, тревоги и вместе с тем вялости. Они лежат, как правило, молча, устремив взгляд в пространство. В более поздние периоды на больном лежит печать отрешенности, но обычно в глубине души такой больной полон надежд на выздоровление.

Период полного развития болезни характеризуется наличием соматогенных изменений психики. На первое место выступает астено-депрессивный фон переживаний. Активные силы личности используются для осуществления истинного или символического выхода из болезни. Суицидальные попытки, как правило, не встречаются [2].

В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко (2009) описывают, что раковые психозы наблюдаются в виде онирического делирия, депрессий, параноидных вспышек. Часто имеются бредоподобные сомнения, иллюзии, гипнагогические галлюцинации, тревожно-депрессивная

сосредоточенность, падение высших волевых функций. Внутренний мир больного характеризуется блеклыми красками. Меняется восприятие времени, оно идет быстрее [24].

Личность больного в терминальной стадии остается сохранной, но интеллектуальная напряженность и целеустремленность падает. Речь меняется в связи с истощаемостью. Аффекты слабеют. Содержание психического мира редуцируется, критика слабеет, нарастает внутренняя изоляция. Предсмертный период у ряда больных лишен переживания страха смерти. Представление гибели подвергается так называемому вытеснению, «отчуждается собственная болезнь».

Можно сказать, что онкологическое заболевание может быть отнесено к классу психосоматических заболеваний, где отражается взаимосвязь психических и физических процессов.

«В исторических документах, сохранившихся до наших дней, сказано, что рак чаще всего встречается среди вдов и вдовцов, а также в семьях, переживших смерть любимого ребенка. Общим для всех этих случаев было то, что человек, который умер, являлся для остальных членов семьи целью существования, смыслом их жизни». [38, с.24]

Гедрон (1701) писал, что страх и глубокая скорбь вызывают рак. Гай в 1759 г. утверждал, что нервные и истеричные женщины чаще заболевают раком, но еще в большей степени этой болезни подвержены апатичные, меланхолические женщины, в жизни которых было много переживаний и горя. Уолш (1846), нисколько не сомневаясь, отметил: «Душевные муки, неожиданные удары судьбы и затянувшаяся меланхолия ведут к неправильным иннервациям, что опять же стимулирует развитие раковых опухолей».

В 1926 г. болгарская врач Элида Эвансова обследовала с помощью психосоматических методов 100 пациенток и установила, что незадолго до заболевания раком почти каждая из них утратила либо прервала

эмоциональный контакт с человеком, к которому была сильно привязана [40, с. 290].

Доктор Бенсон и его сотрудники в 1967 г. определили тип личности и защитные механизмы у пациентов, болеющих раком, в сравнении с различными другими группами испытуемых, среди которых были пациенты после сложных операций, травм и просто здоровые люди. Пациенты больные раком больше, нежели остальные, отрицали и подавляли неприятные и социально нежелательные ощущения. Преобладающими у них были депрессивные настроения, а не страхи или недружелюбность. Эти отличия, по сравнению с остальными обследованными, были очень хорошо заметны.

По мнению психотерапевта Н. Пезешкиана (1996) пациент воспринимает заболевание как угрозу всему своему существованию. Он боится не только болей, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаление части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, что ведет к ограничению контактов. Именно в нашем обществе с подчеркнутой ролью деятельности потеря физических сил и способности к профессиональному труду переносится особенно тяжело. Рак в целом не является таким повседневно встречающимся заболеванием (несмотря на широкую распространенность), как, например, инфаркт миокарда или сахарный диабет, и последние не менее опасны. Иметь онкологическое заболевание – означает больше: рак – это что-то неизлечимое, это неизбежно приведет к смерти. Даже врачи нередко не называют болезнь своим именем, и с пациентом не обсуждается возможное течение заболевания. Все описывается в общих чертах, пациент имеет о болезни смутное представление, часто ему вообще ничего не говорят, что, однако, еще больше усиливает сомнение пациента, но никак не помогает ему. Больной ощущает себя покинутым [40, с. 318].

В своей книге «Психосоматика и позитивная психотерапия» (1996) Носрат Пезешкиан так описывает личность онкологического больного: «Больной раком склонен к уходу в работу. Сфера разум-деятельность развита у него сильно. Хорошая должность, надеется он, даст ему уверенность и признание. Поэтому он тяжелее переносит промахи. Неудачи на работе нередко обнаруживаются перед началом злокачественного заболевания. Так же тяжело переживает он потерю близкого человека. Типичный западный раковый больной очень культивирует отношение только с одним человеком, игнорируя иные контакты. Он охотно жертвует собой для родителей, детей и супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов внести все, лишь бы не потерять партнера. Если по какой-либо причине дело доходит до развода, этот «удар судьбы» может вывести человека из психофизического равновесия»[40, с. 315].

Сфера фантазий бывает ограниченной. Воображение развивается, только в направлении страхов, тревог, сомнений. Больные со злокачественными опухолями часто не имеют осознанных представлений о желаемом, а если имеют, то у них не хватает мужества реализовать то, что они бы хотели сделать, то, о чем мечтали. Экспансивные намерения были у них подавлены, обычно, еще в детстве или же их цели, связанные с самопожертвованием, не имеют пределов». [40,С.296]

Эти описания основаны на практическом опыте. Опираясь на них, можно оказывать помощь таким больным гораздо более квалифицированно и направленно в части психологической коррекции проблем личности. Не секрет, что эта категория больных попадает в «заговор молчания», имеющий своей целью принести благо. Но, наверняка, квалифицированная психотерапевтическая и психологическая помощь могут принести больше пользы. В начале XIX в. известный врач М.Я. Мудров, уделяя большое внимание психической жизни больного и психогенным факторам заболевания, требовал применения психотерапии. Он писал: «Зная взаимные

друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело».

Сейчас активно развивается одно из современных направлений психологии – онкопсихология, исследующая влияние психологических факторов на возникновение и течение болезни. Специалисты-онкопсихологи оказывают психологическую помощь онкологическим пациентам и их родственникам.

Онкопсихология, как клиническое направление выходит далеко за рамки обычной медицинской помощи и направлено на изучение и коррекцию образа жизни, психологических и социальных аспектов раковых заболеваний с целью изменить их течение в благоприятную сторону.

М.И. Еникеев (1999) в своей работе описывает, что проведение полноценной комплексной реабилитации пациента немислимо без коррекции его психологического статуса, поскольку онкологическое заболевание (иногда даже пребывание в онкологической клинике с целью диагностики) может привести к развитию у больного невротического или депрессивного состояний, стать причиной психосоматической патологии, самоубийства. Поэтому в ходе обследования, лечения или в период реабилитации больного после радикального лечения необходимо контролировать его психологическое состояние и оказывать помощь [60].

Т.В. Шеляг (2003) считает, что социальная работа с онкологическими больными подразумевает организацию специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им социальной поддержки и психологической помощи. Слабая социальная и психологическая защищенность больных с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни излеченных больных. У таких пациентов резко выражены чувства страха, обреченности, изолированности от общества. Вследствие этого медико-социальная работа с



онкологическими больными предполагает взаимодействие и координацию усилий специалистов смежных профессий – врачей, психологов, социальных работников [64].

В современной онкологической практике существует проблема психологической поддержки пациента, поскольку рак воспринимается им как смертельный приговор, предвещающий увядание, боль и страдания. Никакое другое заболевание, даже при благоприятном исходе, не порождает столько страха, боязни, как рак. Сегодня существует опасность изоляции таких пациентов вместо необходимого и адекватного общения с ними. Эта проблема актуализирует необходимость профессиональной и психологической поддержки врача, как в плане психологической помощи, так и в плане психологического просвещения [63].

Таким образом, с развитием онкологии стали особенно актуальны вопросы о психоэмоциональном состоянии онкологических больных. Становится очевидным, что злокачественные опухоли или рак – это одно из заболеваний, которое несет в себе мощную стрессовую нагрузку. Эта исключительная тяжесть объясняется тем, что для большинства пациентов и их родственников слово «рак» является прямым синонимом обреченности, своего рода смертным приговором.

Значение психотерапии в лечении больных с онкологическими заболеваниями все более возрастает. Своевременное применение психотерапевтических методов позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, улучшить их эмоциональные состояния; нивелировать тревогу, страх; оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса; улучшить их социально-психологическую адаптированность к семейному, бытовому и производственному окружению.

### **Выводы по первой главе:**

1. Число онкологических больных с каждым годом возрастает. Онкология – всемирная проблема. Поэтому огромное значение в снижении смертности от рака является пропаганда профилактики онкологических заболеваний и их ранняя диагностика.

2. Эмоциональные состояния онкологических больных изучены крайне слабо, о чём свидетельствует недостаточная представленность данных материалов в современной научной литературе. Высокая практическая и теоретическая значимость обозначенной проблемы и малая её разработанность в теории и практике психологии обуславливают актуальность реализуемого нами исследования.

3. Эмоциональные состояния в целом характеризуются положительными или отрицательными переживаниями, влиянием на поведение и деятельность, интенсивностью, длительностью протекания, степенью осознанности в связи с конкретным объектом. Эмоции управляют человеком намного сильнее, чем это кажется на первый взгляд. Так, эмоциональная напряженность, накапливаемая в результате возникновения аффектогенных ситуаций, может суммироваться и рано или поздно, если ей вовремя не дать выхода, привести к сильной и бурной эмоциональной разрядке, которая, снимая напряжение, часто влечет за собой ощущение усталости, подавленности, депрессии.

4. Эмоциональные состояния онкологического больного, рассматривается как тяжелейший психоэмоциональный стресс и характеризуется особенно высоким уровнем тревоги. Онкологические больные находятся в состоянии выраженной эмоциональной неустойчивости, высокой тревожности, беспокойства и напряжения, в подавленном настроении, вызываемыми опасениями за свое здоровье и страхом перед

будущим. Такие пациенты нуждаются в психологической помощи и поддержке.

5. Онкологические заболевания – это заболевания, которые несут в себе мощную стрессовую нагрузку для человека. Своевременное выявление и применение психотерапевтических методов коррекции их эмоциональных состояний позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, улучшить их соматическое состояние; нивелировать тревогу, страх; повысить энергетические ресурсы человека и оптимизировать психическую активность по борьбе с болезнью.

## **Глава 2. Экспериментальное изучение эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

### **2.1. Организация, методы и методики исследования**

Анализ литературы по проблеме исследования показал актуальность изучения эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Данная проблема требует обширного изучения.

Целью исследования явилось изучение особенностей эмоциональных состояний больных с онкологическим заболеванием – рак щитовидной железы (РЩЖ).

Эксперимент был организован на базе Краевой клинической больницы в эндокринном хирургическом отделении г. Красноярск. В исследовании принимали участие пациенты с онкологическими заболеваниями (РЩЖ). В выборке участвовало – 30 человек, из них 9 мужчин (30%) и 21 женщина (70%). Возраст испытуемых составил 25–60 лет (Приложение 1).

При комплектовании экспериментальной выборки испытуемых нами были отобраны следующие критерии:

1. Наличие онкологического диагноза (РЩЖ 1–3 стадии);
2. Возраст испытуемых (в исследовании принимали участие пациенты в возрасте 25–60 лет);
3. Нахождение испытуемых в условиях стационара.

Эксперимент проходил через ряд последовательно сменяющихся этапов:

1. Подготовительный.
2. Диагностический.
3. Аналитический.

На первом этапе исследования нами были проведены изучены истории болезни пациентов с целью выяснения клинического диагноза,

анамнеза пациента, сопутствующих заболеваний, особенностей и длительности течения болезни.

На втором этапе исследования была проведена клиническая беседа, целью которой было установление эмоционального контакта с пациентом и оценка его индивидуально-личностных особенностей в контексте психодиагностического обследования.

Третий этап реализации исследования включал оценку исходного уровня социально-психического стресса и выявление доминирующих эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическим заболеванием.

С целью изучения эмоциональных состояний больных, страдающих раком щитовидной железы нами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге (2001);
2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора (1992);
3. Четырехмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича (2001);
4. Метод цветowych выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера (2002).

### **1. Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге [30, с. 527]**

Доктора Холмс и Раге (США) изучали зависимость заболеваний числе от различных стрессогенных жизненных событий более чем у пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому

важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

Цель: определение наличия или отсутствия стресса и степени его выраженности.

Опросник представлял собой набор из 43 утверждений, указывающих на различные жизненные события. Испытуемому предлагалось отметить те события, которые происходили с ним в течении 2 лет, если же эти события происходили более одного раза, они умножали соответствующее число баллов на число раз, соответствующих подобным событиям.

Испытуемым представлялась следующая *инструкция*: "Внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочитайте каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с ними за последние два года. Если какая-то ситуация возникла у вас чаще одного раза, то соответствующее количество баллов умножьте на данное число раз".

Оценка полученных результатов осуществлялся подсчётом суммы баллов:

1. Если испытуемый набрал больше 300–350 баллов, то это свидетельствует о высоком риске возникновения стресса;
2. Если менее 100–150 баллов, то риск незначителен.

Итоговая сумма определялась наличием или отсутствием стресса и степени его выраженности. Большое количество баллов — это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Следовательно, необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Подсчитанная сумма имеет еще одно важное значение — она выражает (в цифрах) степень стрессовой нагрузки.

Подсчет суммы баллов предоставил нам возможность воссоздать картину стресса испытуемых.

## **2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора, адаптированная Немчиновым Т.К. (1992)**

Методика предназначена для измерения проявлений тревожности.

Методика представляла собой оценочную шкалу из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРП). Выбор пунктов для теста, осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги». Тестирование продолжалось 15–30 мин.

Для удобства использования каждое утверждение предлагалось испытуемому на отдельной карточке.

Обработка и *интерпретация* данных: в 1 балл оценивались ответы «Да» к пунктам 6, 7, 9 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60.

Ответы «Нет» к пунктам 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.

Затем подсчитывалась суммарная оценка по шкале тревоги:

40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;

25 – 40 баллов – свидетельствует о высоком уровне тревоги;

15 – 25 баллов – свидетельствует о среднем (с тенденцией к высокому) уровню;

5 – 15 баллов – свидетельствует о среднем (с тенденцией к низкому) уровню;

0 – 5 баллов – о свидетельствует о низком уровне тревоги.

### **3. Четырехмодальный эмоциональный вопросник**

**Л. А. Рабиновича [30, с. 524]**

Данная методика представляет из себя опросник, который включает 46 вопросов. Испытуемым предлагалось дать один из четырех вариантов ответа: «безусловно, да», «пожалуй, да», «пожалуй, нет» и «безусловно, нет». За первый ответ испытуемый получал 4 балла, за второй – 3 балла, за третий – 1 балл и за четвертый – 0 баллов. К каждой эмоции (радости, гневу, страху, печали) относились по 12 вопросов – 2 вопроса являлись одновременно прямыми для одной модальности (радости или печали) и обратными для другой.

Процедура анкетирования и вычисления индивидуальных оценок по каждой из модальностей состояла в следующем: перед анкетированием каждому испытуемому представлялась письменная инструкция, опросник и бланк для ответов, имеющий 4 графы, соответствующие 4 вариантам ответов. Согласно инструкции, испытуемые заносили номера вопросов в те графы бланка ответов, которые им наиболее подходили. Ответы испытуемых оценивались экспериментатором по четырехбалльной системе. Процедура вычисления индивидуальных оценок по каждой из модальностей заключалась в суммировании количества ответов каждого из указанных вариантов, умножении их на то количество баллов, которым данный вариант ответа оценивался, и суммировании баллов всех вариантов ответов. Максимально высокая индивидуальная оценка по каждой из модальностей – 48 баллов, минимальная – 0 баллов.

Вопросы данной методики позволили выявить устойчивые эмоциональные переживания обследуемых: радость, гнев, страх, печаль. Поэтому данную методику в значительной мере мы рассматривали не как выявление в чистом виде переживаемых эмоций, а как склонность субъекта к



оптимистичности или пессимистичности, к позитивному или негативному эмоциональному фону.

Инструкция. Перед вами опросник, содержащий различные вопросы, и лист бумаги, на котором предусмотрено 4 варианта ответов на указанные вопросы. Ваша задача - ответить на каждый из вопросов. Вы читаете вопрос, выбираете один из 4 предложенных вариантов ответа («безусловно, да», «пожалуй, да», «пожалуй, нет», «безусловно, нет»), отражающих ваше мнение. Поставьте крестик в соответствующей графе в листке для ответов. Отвечая на вопрос, каждый раз проверяйте, чтобы номер вопроса совпадал с таким же номером в листке для ответов. Поскольку в разные периоды жизни вы, возможно, отвечали бы на один и тот же вопрос по-разному, отвечайте исходя из того, что характерно для вас сейчас, в настоящее время. Далее таким же образом вы поступаете со всеми остальными вопросами, всякий раз, тщательно обдумывая, какой из четырех вариантов ответа на каждый вопрос вам больше всего подходит. Основное условие эксперимента - ваша добросовестность и искренность.

#### **4. Метод цветочных выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера [43]**

Метод цветочных выборов представлял собой адаптированный вариант цветочного теста Люшера. Разработчик оригинального варианта данного теста Макс Люшер. Методика адаптирована Л.Н. Собчик (2002). Метод относится к классу проективных методик и предназначен для выявления состояния индивида как реакции на конкретную ситуацию в рамках присущего ему типа реагирования. Метод является эффективным также при изучении неосознаваемых тенденций и динамики состояния.

Лаконичность и удобство применения восьмицветового ряда является большим преимуществом сокращенного варианта.

Цвета разделяются на основные (темно-синий; сине-зеленый; оранжево-красный; светло-желтый) и дополнительные, среди которых черный и серый – ахроматические, а фиолетовый и коричневый – смешанные. Основные цвета символизируют базисные психологические потребности.

*Инструкция:* испытуемому предлагалось выбрать из разложенных перед ним таблиц самый приятный цвет, не соотнося его ни с расцветкой одежды (идет ли к лицу), ни с обивкой мебели, ни с чем-либо другим, а только соотносясь с тем, насколько этот цвет предпочитаем в сравнении с другими при данном выборе и в данный момент.

Выбранный эталон мы переворачивали лицом вниз. При этом записывали номер каждого выбранного цветового эталона. Запись шла слева направо. Номера, присвоенные цветовым эталонам: темно-синий – 1, сине-зеленый — 2, оранжево-красный — 3, желтый — 4, фиолетовый — 5, коричневый — 6, черный — 7, серый — 0.

Интерпретацию результатов осуществляли на основании разбиения цветовых выборов на функциональные пары.

Кроме того, МЦВ позволил нам оценить интенсивность тревоги испытуемого по шкале от 0 до 12 баллов. Интенсивность тревоги измеряли количеством знаков «!». Наличие в цветовом ряду 1,2,3 или 4 цветов на 6-1 позиции оценивали как один знак «!», на 7- как два «!!», на 8-й как три «!!!». Если 6, 7 или 0 цвет находились на 3-м месте - это «!», если на втором- «!!», на первом – «!!!». Таким образом, тревога в целом оценивали суммой знаков «!».

Значения восьми цветов описаны Люшером в весьма своеобразной манере и звучат следующим образом:

**Серый (0).** Разделяющий, отгораживающий, освобождающий от обязательств, укрывающий от внешних причин и воздействия. Его присутствие на первых позициях является компенсирующим (за счет

невовлеченности). На последних позициях 0-й означает причастность, участие, ответственность. Цвета, расположенные перед 0-м, если он сам переместился на 2-ю или 3-ю позицию, указывают на утрированное поведение и отсутствие равновесия между предпочитаемыми цветами, несущими конфликтную нагрузку, и остальными обесцененными потребностями. Если на первых позициях три цвета 340 (говорит Люшер), то «произошло выключение, а расширение поля деятельности будет только компенсаторным. При этом испытуемый чувствует себя потерянным и ничто для него уже не имеет значения». Среднестатистическая позиция серого цвета 6-я, однако перемещения на 5-ю или 7-ю не являются значимыми. В условиях утомления и стресса 0-й перемещается к началу ряда.

**Синий (1).** Означает спокойствие и умиротворенность чувств (что, как уже было сказано, весьма спорно), выявляет чувствительность и ранимость ( что соответствует действительности, но противоречит вышесказанному). Отражает умение сопереживать и склонность к эстетической созерцательности, сензитивность, доверие, самопожертвование, преданность. Его перемещение на последние позиции ряда выявляет неудовлетворенность эмоциональными отношениями. Отвергаемый первый (-1) означает «разрывание пут» или желание их разорвать. Сочетание +3 -1 означает способ действия, когда ощущение неудовлетворенности компенсируется расширением сексуальных контактов (синдром Дон Жуана). Сочетание +4 -1 интерпретируется как неустанные поиски выхода из неудовлетворяющей ситуации. Эмоциональная напряженность выявляется перемещением 1 цвета на иную помимо первых 3-х позицию.

**Зелёный (2).** По Люшеру — это цвет эластичной (упругой) напряженности, выявляет упорство, целеустремленность, сопротивляемость изменениям, постоянство воззрений. Предпочтение зеленого цвета выявляет скрупулезную точность, критический анализ, логическую последовательность, т.е. «все, что приводит к абстрактному формализму», а

также потребность производить впечатление, сохранять свою позицию. Отвержение зеленого цвета выявляет невозможность реализации этих потребностей, желание освободиться от мешающих ограничений.

**Красный (3)** Символизирует физиологическое состояние, связанное с расходом энергии. Красный— выражение жизненной силы, нервной и гормональной активности, стремления к успеху, жадного желания всех жизненных благ. Это— воля к победе, влечение к спорту, борьбе, эротике, «сила воли». Отвержение красного выявляет физиологическое и нервное истощение, снижение сексуального влечения. Выбор красного на первое место означает стремление к полноте бытия, лидерские черты, творческое начало, возбужденную деятельность. Отвержение красного свидетельствует о перевозбуждении и истощении, о потребности в защите от возбуждающих факторов. Красный выявляет эмоционально-вегетативную напряженность тогда, когда он не занимает первых трех позиций.

**Желтый (4).** Выражает несдерживаемую экспансивность, раскованность, релаксацию, полную радостных надежд изменчивость при отсутствии последовательности и планомерности. Предпочтение желтого говорит о надежде или ожидании большого счастья, направленных в будущее, о стремлении к новому, еще не сформировавшемуся. В роли компенсирующего цвета желтый выявляет нетерпеливость, поверхностность, беспокойность, черты завистливости. Отвержение желтого (6-е, 7 -е или 8-е место) означает разочарование, ощущение несбыточности надежд, «попытку оградить себя от изоляции и дальнейших утрат или разочарований». Компенсация отвергнутого желтого синим выявляет «мазохистическое прилипание» к объекту привязанности. Желтый свидетельствует о напряженности во всех позициях кроме 2,3,4 и 5.

**Фиолетовый (5).** Содержит в себе свойства и синего и красного, объединяет «победность красного и капитуляцию синего, символизируя тождество, т.е. нечто вроде мистического союза; высокая степень

чувствительной близости, ведущая к полному слиянию субъекта и объекта, волшебство, магия и зачарованность, стремление восхищать других, способность к интуитивному и сензитивному постижению, нереальность желаний и безответственность». Предпочтение фиолетового свойственно лицам эмоционально незрелым, подросткам, а также беременным женщинам, которые в этот период становятся эмоционально и физиологически неустойчивыми. Подмечено также, что лица с гомосексуальными склонностями склонны к предпочтению фиолетового цвета, возможно (как считает Люшер) в связи с неустойчивостью, проявляющейся в своеобразной сексуальной ориентированности. Потребность в тождестве и интуитивном понимании подавлена, если 5-й цвет находится на 8-й позиции, и проецируется скорее на предметы (или иные неадекватные прямой потребностной направленности объекты, если продолжить эту мысль), отсюда почва для повышенной эстетической чуткости, способность к независимым оценкам, к занятости в сфере деятельности, дающей свободу творческого выбора. Фиолетовый незначим в позициях с 3-й по 7-ю, а у детей и беременных женщин — на 1-й и 2-й позициях.

**Коричневый (6).** Этот цвет символизирует чувственную основу ощущений. При физическом дискомфорте или болезни коричневый цвет передвигается к началу ряда. Чувство утраты корней, потери домашнего очага тоже проявляется перемещением коричневого цвета влево. На 8-й позиции коричневый цвет символизирует отрицание потребности в расслаблении и физиологической удовлетворенности или подавление физиологических потребностей. 6-й цвет настораживает, когда он не занимает 5-7 места.

**Черный (7).** Это — «нет» в противоположность — «да» белого, это «конец, за которым больше ничего нет. Черный цвет символизирует отказ, полное отречение или неприятие и оказывает сильное влияние на любой цвет, находящийся с ним в одной группе, подчеркивая и усиливая свойства

этого цвета. В первой половине ряда его присутствие выявляет компенсирующее поведение экстремального типа. На первом месте черный цвет говорит о протесте против существующего положения вещей восстающего против судьбы человека, готового действовать опрометчиво и безрассудно. Черный цвет на втором месте означает отказ от всего, кроме того, что символизирует цвет на 1 -и позиции, 7-й цвет на 3-й позиции компенсируется цветами, расположенными на 1-й и 2-й позициях, 8-я позиция для черного цвета— статистически наиболее часто встречающаяся.

## **2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента**

Первым этапом психодиагностического обследования являлось изучение истории болезни пациента с целью выяснения клинического диагноза, особенностей и длительности течения болезни, сопутствующих заболеваний и прочих анамнестических данных.

Из историй болезней мы узнали, что у пациентов помимо диагноза рак щитовидной железы в анамнезе имеются: у 3 (10%) пациентов сахарный диабет 2 типа, 17 (56,6%) пациентов гипертоническая болезнь, 5 (16,6%) пациентов язвенная болезнь желудка, 4 (13,3%) ишемическая болезнь сердца (ИБС), 2 (6,6%) пациенток миома матки. Наследственный анамнез у 4 (13,3%) пациентов отягощен по раку щитовидной железы.

Следующим этапом обследования являлась беседа, целью которой было установление эмоционального контакта с каждым пациентом, принимаемым участие в обследовании, и оценка особенностей доминирующего эмоционального состояния через использование внешнего структурного наблюдения.

Оценка эмоционального реагирования на болезнь реализовывалась нами в первые два дня поступления больного в стационар. Выбор указанного периода обусловлен тем, что у больного в данный период можно наблюдать

всю гамму эмоциональных проявлений, так как, во-первых, больной оторван от привычного окружения и остается как бы один на один с болезнью. Во-вторых, прошло время паники, и пациент с большей достоверностью может рассказать о своих чувствах. В-третьих, это период когда перед больным стоит нелегкая задача пройти весь объем лечения (возможная операция, химиотерапия, лучевая терапия).

Испытуемые на контакт шли удовлетворительно. Предъявляя жалобы на наличие тревоги, страха, вялость, расстройство сна. Причиной своего эмоционального состояния называли поставленный им диагноз «рак». Большинство испытуемых, среди которых 25 (83,3%) человек свои переживания связывают с неопределенностью прогноза лечения, со страхом перед физической болью и со страхом смерти, 12 (40%) пациентов боятся осложнений в момент операции и послеоперационном периоде, 3 (10%) пациента переживают из-за того, что лишатся жизненно важного органа (щитовидной железы).

Отношение испытуемых к своей болезни самое различное. Большинство участников 21чел. (70%) о своем заболевании знают мало, в основном со слов врача, знакомых, родственников. 13 пациентов (32,5%) выразили готовность к сотрудничеству и выполнению всех назначений «во имя здоровья», 5 испытуемых (12,5%) прочитали специальную медицинскую литературу.

После установления контакта с пациентами, нами было реализовано эмпирическое исследование с использованием следующих психодиагностических методик:

1. Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге (Приложение 2).
2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора, адаптированная Немчиновым Т.К. (Приложение 3).

3. Четырехмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича (Приложение 4).

4. Метод цветowych выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера.

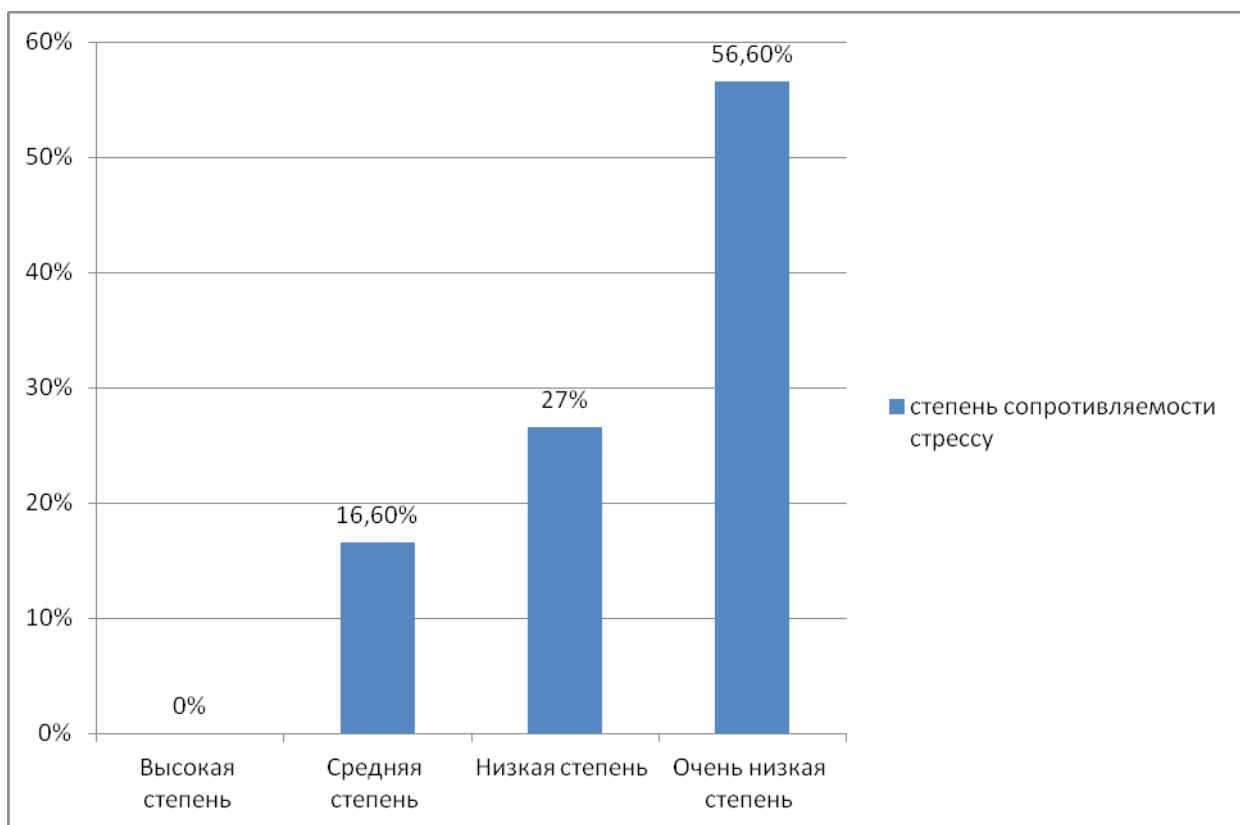
Анализируя результаты исследования, полученные нами в ходе диагностического обследования по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, мы получили следующие данные: 0 (0%) человек имеют высокую степень сопротивляемости стрессу, 5 (16,6%) человека – среднюю, 8 (27%) человек – низкую и 17 (56,6%) человек – очень низкую степень стрессоустойчивости. Результаты исследования мы занесли в таблицу 1.

**Таблица 1. Результаты изучения эмоциональных состояний экспериментальной группы по методике «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге**

Степень сопротивляемости стрессу	Экспериментальная группа	
	Число людей (абс. значение)	%
Высокая степень	0	0
Средняя степень	5	16,6
Низкая степень	8	27
Очень низкая степень	17	56,6



Представим полученные результаты исследования в виде гистограммы:



**Рисунок 1. Гистограмма 1. Результаты изучения степени сопротивляемости стрессу по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге**

Опираясь на данные, представленные на гистограмме 1 и рисунке 1, можно увидеть, что 0% человек имеют высокую степень сопротивляемости стрессу, 16,6% человек – среднюю, 27% человек – низкую и 56,6% человек – очень низкую степень сопротивляемости стрессу.

Результаты исследования позволяют констатировать, что в экспериментальной группе преобладают респонденты с низкой и очень низкой степенью сопротивляемости стрессу.

Схожие результаты исследования нами были обнаружены по методике «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора. Результаты полученные при проведении методики мы обработали и занесли в таблицу 2.

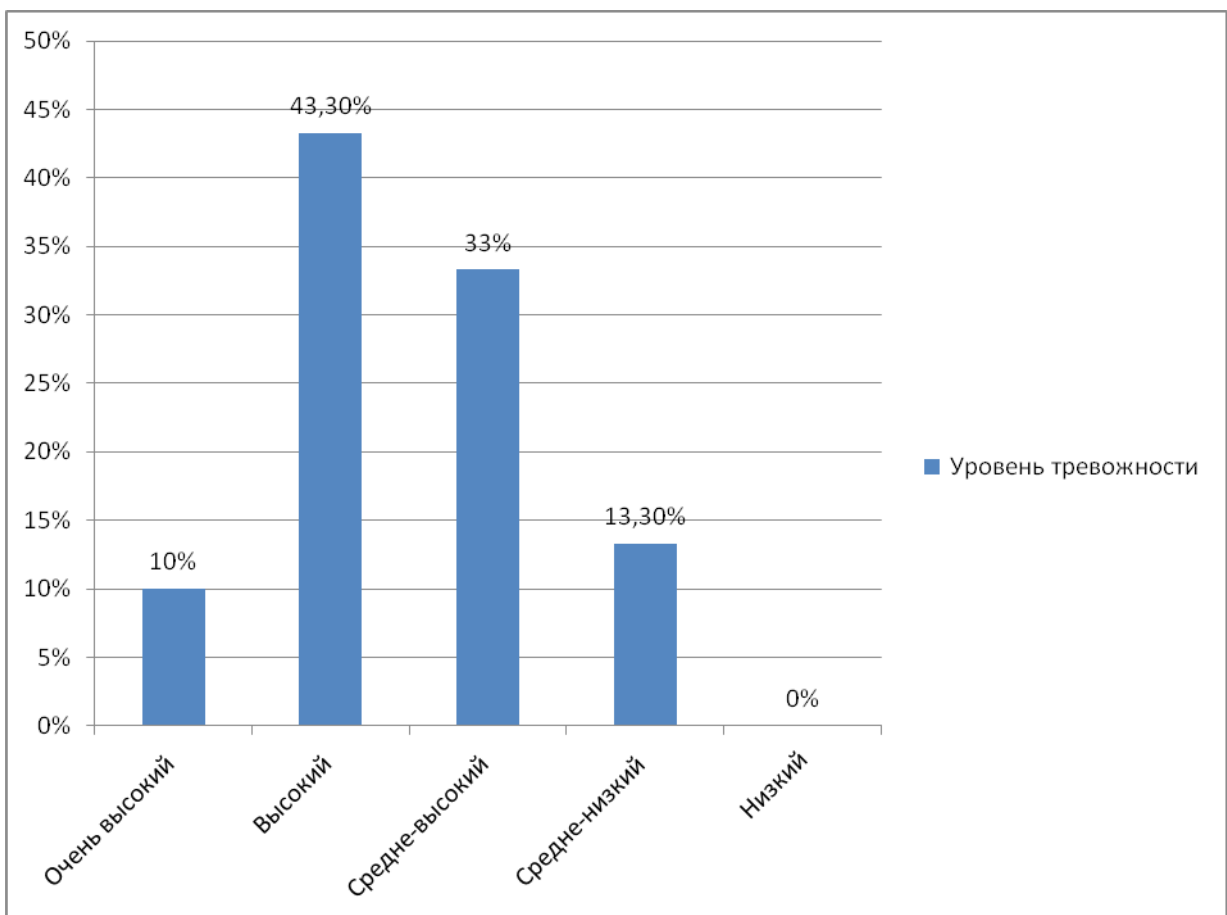
**Таблица 2. Результаты изучения эмоциональных состояний экспериментальной группы по методике «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора**

Уровень тревоги	Экспериментальная группа	
	Число людей	%
Очень высокий	3	10
Высокий	13	43,30
Средне-высокий	10	33
Средне-низкий	4	13,30
Низкий	0	0

По полученным данным мы видим, в экспериментальной группе 3 человека (10%) имеют очень высокий уровень тревожности, 13 пациентов (43,30%) высокий, средне-высокий уровень тревожности 10 обследуемых (33%), 4 пациента (13,30%) средне-низкий и низкий 0 человек (0%).

Представленные результаты свидетельствуют о наличии высокого уровня тревожности и стресса у большинства испытуемых, которые препятствуют актуализации внутренних ресурсов организма пациентов, направленные на борьбу с болезнью, ослабляют их активность и мотивацию, создают преграды в эффективности лечения. Выявленные нами результаты обследования свидетельствуют о необходимости реализации психологической работы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих раком щитовидной железы.

Полученные результаты можно выразить в процентном соотношении и представить в виде гистограммы (рис.2).



**Рисунок 2. Гистограмма 2. Результаты изучения уровня тревожности пациентов, страдающих онкологическим заболеванием по методике "Личностная шкала проявления тревоги" Дж. Тейлора**

Таким образом, 10% пациентов имеют очень высокий уровень тревожности; 43,30% человек – высокий уровень; 33% средне-высокий; 13,30% обследуемых средне-низкий и 0% – низкий уровень тревожности. Полученные результаты свидетельствует о повышенном уровне тревожности у большинства испытуемых, принимавших участие в исследовании.

Следующим этапом исследования была диагностика пациентов, страдающих раком щитовидной железы по методике четырехмодального эмоционального опросника Л. А. Рабиновича. Полученные в процессе исследования результаты были занесены в таблицу (Приложение 5).

Числовые данные мы обратили в проценты и построили круговую диаграмму (рис.3).



**Рисунок 3. Диаграмма 1. Результаты изучения эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями по методике Л. А. Рабиновича.**

По полученным данным, мы видим, что у 3,30% пациентов присутствует оптимизм; у 40% пессимизм; 33,30% проявляют позитивный фон настроения; 23,30% – общий негативный фон настроения.

При исследовании эмоциональных состояний онкологических больных с помощью метода МЦВ, цветовые предпочтения были занесены в таблицу (Приложение 6). Среднее значение уровня тревоги по группе составляет 5,3 баллов.

В таблице 3 указана частота выборов цвета в первой и последней позициях.

**Таблица 3. Частота выбора цветов на первую и последнюю позицию**

Цвет	1 (синий)	2 (зеленый)	3 (красный)	4 (желтый)	5 (фиолетовый)	6 (коричневый)	7 (черный)	0 (серый)
Первая позиция (частота выбора)	4	0	4	7	6	7	0	2
Последняя позиция (частота выбора)	0	4	5	5	1	0	7	8

При выборе цветов чаще всего на первой позиции оказывается 4 и 6 цвет (желтый и коричневый). При этом наблюдается одинаковая структура предпочтений – 7 испытуемых называют 4 и 6 цвет наиболее приятным, что составляет 23,3 % от общего объема выборки.

Выбор 4-го цвета (желтого) говорит о надежде или ожидании большого счастья, направленных в будущее, о стремлении к новому, еще не сформировавшемуся. Потребность в перспективе, в общении, эмоциональную неустойчивость, зависимость от средовых воздействий,

тенденция к избеганию ответственности. Выбор 6-го цвета на первой позиции свидетельствует о напряжении, страхе, желании уйти из неблагоприятной ситуации.

На последней позиции наиболее часто оказывается 7 и 0 (черный и серый) - 7 и 8 испытуемых (23,3% и 26,6%). Это свидетельствует о подавлении какой-либо потребности, мотива, настроения, отражаемые данным цветом. Также на последней позиции оказались и основные цвета: 4 цвет – 5 человек (16,6%), 3 цвет – 5 человек (16,6%), 2 цвет – 4 человек (13,3%), 1 цвет – никто не выбрал (0%), что свидетельствует о наличии у испытуемых внутреннего эмоционального конфликта; наличии тревожности и стресса. Таким образом, анализ результатов, полученных по методу цветовых выборов, позволяет сделать вывод, что исходный уровень тревоги у большинства испытуемых определяется как высокий. У всех испытуемых наблюдается преобладание отрицательных по знаку эмоций.

Следует отметить, что результаты полученные с помощью методики "Личностная шкала проявления тревоги" Дж. Тейлора и проективной методики МЦВ, дополняют друг друга и демонстрируют отрицательный фон настроения и доминирование фрустрационных эмоций у большинства испытуемых, страдающих раком щитовидной железы.

В результате психодиагностического обследования по всем отобранном нами методикам была выявлена низкая стрессоустойчивость, повышенную тревожность, пессимизм и страх у большинства испытуемых. Предоперационная тревога и страх является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна.

Исследование исходного уровня социально-психологического стресса онкологических больных по методике МЦВ выявило повышенный уровень стрессовой нагрузки в обследованной группе, высокий уровень тревожности,

наличие страха, напряжения. Кроме того, нами были получены данные о наличии блокированной потребности в самореализации, ощущение нависшей угрозы, чувства собственного бессилия и переутомления.

Повышенная тревожность, эмоциональная нестабильность, низкая стрессоустойчивость являются признаками напряженного психоэмоционального состояния (психоэмоционального стресса). Психоэмоциональный стресс приводит к перерасходу ресурсов организма и снижает его устойчивость. Основными условиями нормализации психоэмоционального состояния являются устранение причин хронических стрессов, изменение стиля жизни, модели поведения, мыслей и чувств на более положительные, конструктивные. При кратковременных психоэмоциональных стрессах помогают также разнообразные арттерапевтические психокоррекционные методы работы.

Осуществляя анализ результатов исследования по всему комплексу психодиагностических методик, отобранным нами в модель исследования эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическим заболеванием (раком щитовидной железы), можно сделать вывод, что выдвинутое предположение, о доминировании у них высокого уровня тревожности, стресса и наличие страха подтвердилось.

Полученные результаты исследования требуют незамедлительного вмешательства со стороны практического психолога в проведении специальных процедур коррекции особенностей эмоциональных состояний больных, страдающих раком щитовидной железы.

### **Выводы по второй главе**

1. Во второй главе мы предприняли попытку экспериментальным путем выявить особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическим заболеванием (раком щитовидной железы). Диагностическое исследование было организовано на базе Краевой клинической больницы в



эндокринном хирургическом отделении г. Красноярска. В исследовании принимали участие пациенты с онкологическими заболеваниями (РЩЖ). В выборке участвовало – 30 человек, из них 9 мужчин (30%) и 21 женщина (70%). Возраст испытуемых составил 25–60 лет

2. В основу комплектования выборки испытуемых нами были определены следующие критерии: 1. Наличие онкологического диагноза (РЩЖ 1–3 стадии); 2. Возраст испытуемых (в исследовании принимали участие пациенты в возрасте 25–60 лет); 3. Нахождение испытуемых в условиях стационара.

3. С целью изучения эмоциональных состояний больных, страдающих раком щитовидной железы нами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге (2001);

2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора (1992);

3. Четырехмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича (2001);

4. Метод цветowych выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера (2002).

4. Полученные нами результаты исследования свидетельствуют о наличии высокого уровня тревожности и стресса у большинства испытуемых, которые препятствуют актуализации внутренних ресурсов организма пациентов, направленные на борьбу с болезнью, ослабляют их активность и мотивацию, создают преграды в эффективности лечения.

5. В результате психодиагностического обследования по всем отобраным нами методикам была выявлена низкая стрессоустойчивость, повышенную тревожность, пессимизм и страх у большинства испытуемых. Предоперационная тревога и страх является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической

операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна.

6. Исследование исходного уровня социально-психологического стресса онкологических больных по методике МЦВ выявило повышенный уровень стрессовой нагрузки в обследованной группе, высокий уровень тревожности, наличие страха, напряжения. Кроме того, нами были получены данные о наличии блокированной потребности в самореализации, ощущение нависшей угрозы, чувства собственного бессилия и переутомления.

7. Выявленные нами результаты свидетельствуют о необходимости разработки специальной психологической программы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическим заболеванием с целью улучшения их общего психического состояния, нивелировании фрустрационных эмоций страха, тревоги, апатии и пессимизма; изменении модели поведения и мыслей пациентов на положительные и конструктивные.

### **Глава 3. Психологическая программа по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

#### **3.1. Основные научно-методологические подходы к коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

Эмоциональная сфера является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы жизнедеятельности организма.

Именно эмоции являются первым звеном в общей цепи приспособительных процессов и быстрее всего реагируют на любые воздействия окружающей среды.

Анализ результатов констатирующего эксперимента, показал потребность в разработке психологической программы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическим заболеванием.

В процессе психологической работы необходимо руководствоваться следующими принципами:

1. *Принцип системности психотерапевтических, коррекционных, профилактических и развивающих задач.* Цели и задачи любой коррекционно-развивающей программы должны быть сформулированы как система задач трех уровней:

— коррекционного (разрешение трудностей развития, исправление отклонений и нарушений развития);

— профилактического (предупреждение отклонений и трудностей в развитии);

— развивающего (оптимизация, стимулирование, обогащение содержания развития).

2. *Принцип единства коррекции и диагностики.* Этот принцип отражает целостность процесса оказания психологической помощи в развитии как особого вида деятельности практического психолога. Разработка содержания программы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями должна базироваться на результатах индивидуальной психологической диагностики клиентов.

3. *Деятельностный принцип коррекции.* Теоретической основой для формулирования указанного принципа является теория психического развития, разработанная в трудах А. Н. Леонтьевым (1975), центральным моментом которой является положение о роли деятельности в психическом развитии. Деятельностный принцип коррекции определяет тактику проведения коррекционной работы, пути и способы реализации поставленных целей. Клиент должен являться активным участником психотерапевтического воздействия.

4. *Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиентов.* Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей согласует требования соответствия хода психического и личностного развития нормативному развитию, с одной стороны, и признание бесспорного факта уникальности и неповторимости конкретного пути развития личности — с другой.

5. *Принцип комплексности методов психологического воздействия.* Принцип комплексности методов психологического воздействия, являясь одним из наиболее прозрачных и очевидных принципов построения психокоррекционных программ, утверждает необходимость использования всего многообразия методов, техник и приемов из арсенала практической психологии.

6. *Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к участию в реализации психологической программы.* Принцип определяется той ролью, которую играет ближайший круг общения в психическом развитии клиента. То есть объектом развития является не изолированный человек, а целостная система социальных отношений, субъектом которых он является.

7. *Принцип программированного обучения.* Наиболее эффективно работают программы, состоящие из ряда последовательных операций, выполнение которых сначала с психологом, а затем самостоятельно приводит к формированию необходимых умений, действий и конструктивных моделей поведения по регуляции эмоциональных состояний клиента.

10. *Принцип усложнения.* Каждое задание должно проходить ряд этапов: от минимально простого — к максимально сложному. Формальная сложность материала не всегда совпадает с его психологической сложностью. Наиболее эффективная коррекция на максимальном уровне трудности доступна конкретному человеку.

11. *Учет объема и степени разнообразия материала.* Во время реализации психологической программы по коррекции эмоциональных состояний, необходимо переходить к новому объему материала только после относительной сформированности того или иного умения в регуляции эмоциональных состояний. Увеличивать объем материала и его разнообразие необходимо постепенно.

12. *Учет эмоциональной сложности материала.* Проводимые занятия, психотерапевтические упражнения, предъявляемый материал должны создавать благоприятный эмоциональный фон, стимулировать положительные эмоции. Психотерапевтическое занятие должно завершаться на позитивном фоне.

При составлении психологической программы необходимо учитывать следующие моменты:

- Четко формулировать цели психотерапевтической работы;
  - Определить круг задач, которые конкретизируют цели психотерапевтической работы;
  - Выбрать стратегию и тактику проведения психотерапевтической работы;
  - Четко определить формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная);
  - Отобрать методики и техники психотерапевтической работы;
  - Определить общее время, необходимое для реализации всей психологической программы;
  - Определить частоту необходимых встреч (ежедневно, 1 раз в неделю, 2 раза в неделю, 1 раз в две недели и т. д.);
  - Определить длительность каждого психотерапевтического занятия (от 10 – 15 мин в начале программы до 1,5 – 2 ч на заключительном этапе);
  - Разработать психологическую программу и определить содержание психотерапевтических занятий;
  - Планировать формы участия других лиц в работе (при работе с семьей – подключение родственников, значимых лиц и т. д.);
  - Реализовать психологическую программу (необходимо предусмотреть контроль динамики хода психотерапевтической работы, возможности внесения дополнений и изменений в программу);
  - Подготовить необходимые материалы и оборудование.
- По завершении психотерапевтических мероприятий составляется психологическое заключение о целях, задачах и результатах реализованной программы с оценкой ее эффективности.

Существует множество различных психотерапевтических упражнений, используемых в работе с клиентами, однако все они являются конкретным воплощением какого-либо метода из следующих направлений: игротерапии,

арттерапии, поведенческой терапии (различного вида тренинги, психогимнастика).

Еще в 20-е годы прошлого века психотерапевты А. Фрейд, М. Клейн, Г. Хаг- Гельмут называли детскую игру методом лечения, при котором клиенты развивают свои способности, учатся преодолевать конфликты и трудные жизненные ситуации..

**Игротерапия** – представляет собой метод психологического воздействия на клиента с использованием игр. Игра имеет сильное влияние на развитие личности человека, способствует развитию общения, коммуникации, созданию близких отношений, повышает самооценку, снижает эмоциональное напряжение, учит находить выход из затруднительных ситуаций, решает проблемы с адаптацией в семье, на работе. Игровая терапия – методика, спектр применения которой очень широк.

**Психогимнастика** – это курс специальных занятий (этюдов, игр, упражнений), направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики клиента и, прежде всего, его эмоционально-личностной сферы. Основная цель здесь — снятие психического напряжения, создание возможностей для самовыражения, коррекция эмоциональных состояний, развитие лучшего понимания себя и других,. Во время занятий психогимнастикой, в основном, используется бессловесный материал, хотя вербальное выражение клиентами своих чувств поощряется ведущим.

*Разработанная нами психологическая программа включает в себя следующие блоки:*

- I. Лекции.
- II. Тренинги, игровые упражнения.
- III. Аутогенная тренировка
- IV. Дыхательные техники
- V. Мышечная релаксация

## VI. Рациональная психотерапия

## VII. Нейролингвистическое программирование.

Рассмотрим каждый из перечисленных блоков психологической работы.

### *I. Лекции*

Анализ литературных источников показал, что в представлении о мерах психологической коррекции эмоциональных состояний и нивелирование стресса, тревоги, фрустрации и других, исследователи сходятся во мнении, что наилучшим способом является предотвращение, профилактика возникновения этого состояния, ориентация на осознание и конструктивное использование внутренних и социальных ресурсов, потенциалов личности для самовосстановления и накопления как личностных, так и средовых ресурсов совладения.

Целью лекционного курса является информирование клиентов о сущности эмоциональной сферы и её роли в психическом и соматическом самочувствии человека; обучение клиентов умениям регуляции эмоциональных состояний.

### *II. Тренинги*

Цель тренинга – формирование и совершенствование умений и навыков эмоциональной регуляции поведения, обучение конструктивным моделям эмоционального поведения, контроля и управления эмоциональными переживаниями и в целом эмоционального благополучия клиентов.

#### *Задачи тренинга:*

- 1) Осмысление участниками собственных возможностей и ограничений в регуляции эмоциональными состояниями.
- 2) Освоение участниками умений и навыков, необходимых для эмоционального и соматического благополучия.



3) Интериоризация умений и навыков – «присвоение» их участниками тренинга, адаптация к собственным возможностям и индивидуально-психологическим особенностям.

4) Генерализация навыков – перенос интериоризированных навыков за пределы тренинговой группы, активное и осознанное их использование в личной жизни.

*Правила работы на тренинге.*

Для продуктивной работы на тренинге предстоит придерживаться некоторых правил и следить за их соблюдением другими участниками и тренером.

*Правило «Я».* Каждый участник должен говорить исключительно от своего имени, недопустимо ссылаться на мнения других людей, общераспространенные представления, высказывания знаменитых и авторитетных личностей.

*Правило искренности.* Участники всегда должны говорить правду себе самим, тренеру и другим участникам. Причем, под правдой понимается собственное, неискаженное чужим мнением, видение ситуации или других людей.

*Правило конкретности.* Каждый участник тренинга принимает на себя обязательство говорить преимущественно по существу обсуждаемой проблемы, не отвлекаться на вопросы, не имеющие отношения к этому.

*Правило позитивного отношения.* Любые слова и поступки во время тренинга должны работать на формирование и поддержание позитивной и доброжелательной атмосферы.

*Правило включенности.* Каждый участник должен вносить посильный вклад в его развитие, принимать самое активное участие в упражнениях и заданиях, помогать другим участникам тренинга. [46, с. 251]

В процессе подготовки программы мы руководствовались следующими принципами:

1. Принцип индивидуального подхода к клиентам. Для реализации этого принципа весь материал для занятий подбирался с учетом, выявленных в процессе обследования, индивидуальных особенностей и возможностей клиентов.

2. Принцип систематичности и последовательности в проведении тренингов. Данный принцип реализовался в особом построении психотерапевтической работы, где выбранные игровые упражнения были систематизированы, и предлагались клиентам последовательно в зависимости цели тренингов.

3. Принцип единства диагностики и профилактики (началу осуществления профилактической работы предшествует диагностический этап, диагностика также служит средством контрольных измерений и является инструментом оценки эффективности проведенной работы);

4. Принцип опоры на разные уровни организации психических процессов; использование методов для формирования и развития навыков;

5. Учет объема и степени разнообразия материала (необходимо переходить к новому объему материала только после относительной сформированности того или иного умения);

6. Учет эмоциональной сложности материала (предъявляемый материал должен создавать благоприятный эмоциональный фон и стимулировать положительные эмоции).

По завершению психотерапевтических мероприятий составляется психологическое заключение о целях, задачах и результатах реализованной программы с оценкой ее эффективности.

Л. Анн (2004) определяет социально-психологический тренинг как «форму специально организованного обучения для самосовершенствования личности, в ходе которого решаются следующие задачи:

- овладение социально-психологическими знаниями;
- психологическая коррекция эмоциональных состояний;

- обучение умениям и навыкам регуляции, контроля и управления своими эмоциональными состояниями;

- развитие способности познания себя и других людей;

- формирование положительной «Я-концепции».

Р.В. Овчарова (1996) разработала следующую схему психогимнастического занятия:

*1 фаза. Мимические и пантомимические этюды.*

Цель — выразительное изображение отдельных эмоциональных состояний, связанных с переживанием телесного и психического удовольствия или недовольства. Модели выражения основных эмоций.

*2 фаза. Этюды и игры на выражение отдельных качеств характера и эмоций.*

Цель — выразительное изображение чувств, порождаемых социальной средой, их моральная оценка. Закрепление и расширение уже полученных ранее сведений, относящихся к эмоциональной компетентности.

*3 фаза. «Минута шалости». Этюды и игры, имеющие психотерапевтическую направленность.*

Цель — коррекция эмоциональных состояний, нивелирование тревоги, страха и фрустрации.

*4 фаза. Психомышечная тренировка.*

Цель — снятие психоэмоционального напряжения, внушение желательного настроения, положительной направленности и эмоционального благополучия.

Метод социальной терапии — это метод психологического воздействия, основанный на использовании социального принятия, признания, социального одобрения и положительной оценки значимым социальным окружением. Данный метод обеспечивает, во-первых, удовлетворение потребности личности в социальном признании и, во-

вторых, формирование адекватных способов эмоциональной регуляции поведения.

Психологическую программу по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями рекомендуют реализовывать как в индивидуальных, так и в групповых формах. О роли групповой формы работы указывал Я. Морено (1932), по мнению, которого группа оказывает лечебное, терапевтическое воздействие. Данная форма работы включает в себя целенаправленное использование всей совокупности взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы в коррекционных целях. Психотерапевтическая группа представляет собой искусственно созданную малую группу, в которой отражаются коммуникативный потенциал и проблемы. По мнению А.А. Осиповой (2000) групповая психологическая коррекция должна быть сфокусирована на трех составляющих самосознания:

- самопознание (когнитивный блок);
- отношение к себе (эмоциональный блок);
- саморегуляция (поведенческий блок).

Задачей *когнитивного блока* является: осознание клиентом своих личностных и эмоциональных ресурсов.

*Эмоциональный блок* – отвечает за формирование у клиентов позитивного эмоционального отношения к себе; переживание в группе и осознание прошлого эмоционального опыта; получение новых эмоциональных переживаний в группе.

*Поведенческий блок* – задействуется в процессе преодоления неадекватных форм поведения; развития и закрепления новых форм и моделей эмоционального поведения. Следует отметить, что групповая психотерапия решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью других средств. Главное их отличие заключается в том, что групповая

психотерапия в большей степени акцентирует внимание на межличностных проблемах, а индивидуальная – на внутриличностных проблемах.

Обозначенные нами научно-теоретические и методологические подходы легли в основу организации и содержания психологической работы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями.

### **3.1. Основные направления, формы и методы психологической работы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями**

При экспериментальном исследовании онкологических больных мы выявили низкую стрессоустойчивость, высокую тревожность, страх, беспокойство и напряжение. Пациенты находятся в подавленном настроении, вызываемыми опасениями за свое здоровье и страхом перед будущим. У них также отмечаются высокая неуверенность в возможности улучшения ситуации, отчаяние и плохое общее самочувствие. У большинства пациентов присутствуют ощущение изолированности и одиночества, выраженный контроль над проявлением чувств, подчас агрессивность, которая носит защитный характер. Такие пациенты нуждаются в психологической помощи и поддержке.

Оказание психологической помощи — одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиентам) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющим психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения [66].

На основании результатов психодиагностического исследования мы изучили особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. В результате полученных данных нами были обозначены следующие *направления психокоррекционной работы*, представленные в таблице 4.

Таблица 4

**Направления психологической работы по коррекции  
эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими  
заболеваниями**

<b>Особенности эмоциональной сферы</b>	<b>Направление психокоррекции</b>
Слабый контроль над своими эмоциональными состояниями.	- Обучение клиентов умениям регуляции, контроля и управления эмоциональными состояниями.
Не способность управлять эмоциональным реагированием в ситуациях фрустрации	- Развитие умений адекватно оценивать свое эмоциональное состояние; - Формирование умений регулировать и управлять эмоциональными состояниями в затруднительных жизненных ситуациях.
Эмоциональное «застревание» на ситуации. Неумение предвидеть последствия своих действий.	- Обучение клиентов моделям конструктивного эмоционального реагирования; - Развитие умений адекватно оценивать свое эмоциональное поведение.

Понятие психологической помощи является наиболее устоявшимся в практической психологии. Содержание этого понятия представлено в совокупности основных направлений профессиональной деятельности практического психолога: психопрофилактике, психодиагностике, психокоррекции, психологическом консультировании, психопросвещении и

психотерапии. При этом чаще всего под оказанием психологической помощи подразумевают услуги психолога тем, кто испытывает серьезные трудности в социализации, адаптации. Задача психолога, таким образом, уподобляется задаче врача: поставив диагноз, «нормализовать» жизнедеятельность человека, вернуть его в общее русло. Иными словами — снова сделать его «таким же, как все» [67].

1. Психопрофилактика, подразумевающая работу по предупреждению дезадаптации (нарушений процесса приспособления к среде) медицинского персонала или пациентов в онкологических диспансерах, просветительскую деятельность, создание благоприятного психологического климата в учреждении, осуществление мероприятий по предупреждению и снятию психологической перегрузки людей.

2. Психологическое просвещение - раздел профилактической деятельности специалиста-психолога, направленный на формирование у пациентов положительных установок к психологической помощи, деятельности психолога-практика и расширение кругозора в области психологического знания.

3. Психодиагностика, важнейшей целью которой является добывание психологической информации о пациенте, «конкретных знаний о конкретном человеке, полученных на основе обобщенной научной теории» (Абрамова Г.С., 1994);

4. Психологическая коррекция, понимаемая как целенаправленное воздействие на те или иные сферы психики клиента, ориентированное на приведение ее показателей в соответствие с возрастной или иной нормой;

5. Психологическое консультирование, целью которого является обеспечение больного необходимой психологической информацией и создание условий — в результате общения с психологом — для преодоления жизненных трудностей и продуктивного существования в конкретных обстоятельствах;

6. Психотерапия в рамках психологической модели, направленная на оказание помощи клиенту в продуктивном изменении личности в случаях серьезных психологических проблем, не являющихся проявлениями психических заболеваний.

Применение аутогенной тренировки мы предлагаем, как метод снятия эмоционального напряжения и стресса у онкологических больных.

*Аутогенная* (от греч. *autos* – сам и *genos* – возникающий) *тренировка* – метод самовнушения, предложенный немецким психотерапевтом И.Шульцем (1932). При этом методе первоначально путем самовнушения вызывается ощущение тяжести в теле и таким образом достигается состояние мышечного расслабления – релаксации [27].

Аутогенная тренировка применяется как в групповой терапии, так и в индивидуальной работе пациента под наблюдением ведущего тренировки психолога, или самостоятельно.

Основной техникой прием – мысленное многократное повторение вербальных формул, описывающих состояние релаксации (на втором этапе аутогенной тренировки используются и специальные формулы самовнушения в зависимости от характера клинических проявлений). Обучение релаксации осуществляется путем освоения шести стандартных упражнений.

Каждая тренировка начинается с сосредоточения на спокойствии, которое известно из всех видов медитации. Все методики расслабления начинаются с настройки на спокойствие, которая не является сама по себе упражнением аутогенной тренировки и которую Шульц называл «целеуказующей интермедией».

Цель: 1. Сужение сознания, фильтрация внешних ощущений, подавление внутренних раздражителей (обрывков мыслей).

2. Успокоение.

Формула звучит так: «Я совершенно спокоен» (1-2 раза)



Если пациент перед тренировкой нервничал или был возбужден, то рекомендуется следующая формула: «Я совершенно спокоен и расслаблен» 1–4 раза.

Следует выбрать одну из формул и попытаться представить ее себе как можно нагляднее. При этом необходимо представлять, что желанное спокойствие уже наступило. Необходимо быть внимательным, не слишком наблюдать за своим состоянием и не пытаться оценивать свои успехи. Нужно вести себя пассивно, не включая волю.

В процессе тренировки нужно будет последовательно овладеть шестью упражнениями. Овладение каждым из них занимает 10–14 дней, то есть всего для овладения техникой потребуется около 2–3 месяцев. После этого желательно самостоятельно продолжать тренировку хотя бы по одному разу в день еще в течение 4–6 месяцев, чтобы в совершенстве овладеть техникой и быть способным быстро, автоматически, в любой обстановке оказать влияние на соответствующую функцию организма.

*Упражнение 1.* – вызывание ощущения тяжести.

Мысленно повторяют без всякого напряжения формулу:

1) «Правая (у левшей – левая) рука тяжелая» – 6 раз

2) «Я совершенно спокоен» – 1 раз.

Иногда для контроля можно попытаться чуть-чуть приподнять руку, чтобы убедиться в появлении ощущения тяжести. Упражнение повторяют 10–14 дней.

После первых 4–6 дней упражнений ощущение тяжести в руке становится все более отчетливым. Далее оно распространяется на обе руки, на обе ноги и, наконец, на все тело. Тогда соответственно внушают себе: «Обе руки... обе ноги... все тело стало тяжелым».

Когда освоено первое упражнение, то есть удастся вызвать ощущение тяжести, переходят ко второму.

*Упражнение 2* – вызывание ощущения тепла.

Мысленно повторяют:

1) «тело тяжелое» (вызывается ощущение тяжести и мышечного расслабления) – 1–2 раза

2) «Я совершенно спокоен» – 1 раз

3) «Правая (левая) рука теплая – 5 раз.

В процессе тренировок, по мере того как ощущение тепла возникает во второй руке, далее в ногах и затем во всем теле, переходят к формулам «обе руки теплые», «руки и ноги теплые», «тело теплое». Упражнение считается усвоенным, когда ощущение тепла вызывается легко и отчетливо.

*Упражнение 3* – регуляция ритма сердечной деятельности.

Вызывается ощущение тяжести, покоя, тепла, как в упражнении 2 (однократное повторение соответствующей формулы). Затем мысленно 5–6 раз повторяют формулу: «Сердце бьется спокойно и мощно». Предварительно рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиения. Если этого умения нет, то при выполнении упражнения первые дни рекомендуют класть правую руку на область сердца, чтобы ощущать сердечный толчок (под локоть руки подкладывается подушечка, чтобы рука лежала повыше). Упражнение считается усвоенным, когда удается влиять на ритм сердечной деятельности.

*Упражнение 4* – регуляция дыхания.

Вызывается ощущение, появляющееся при выполнении упражнений 1–3, - тяжести, покоя и т.д. затем мысленно 5–6 раз повторяют формулу: «дыхание спокойное» или, чтобы подчеркнуть, что акт дыхания протекает при этом автоматически, без напряжения, можно применить формулу: «дышится спокойно».

*Упражнение 5* – влияние на органы брюшной полости.

Подмечается, что солнечное сплетение находится примерно на середине расстояния между нижним краем грудины и пупком. Вызываются такие же ощущения, как при выполнении упражнения 1–4.

затем мысленно 5–6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое, излучает тепло».

При появлении отчетливого ощущения тепла в эпигастральной области упражнение считается усвоенным.

*Упражнение 6* – вызывание ощущения прохлады в области лба.

Вначале вызываются ощущения, соответствующие описанным 5 упражнениям. Затем 5–6 раз мысленно повторяют формулу: «Лоб приятно прохладный» или «лоб слегка прохладный» (не холодный!). Упражнение усвоено, когда вы научитесь вызывать отчетливое ощущение легкой прохлады в области лба.

Для снятия высокой тревожности, страха, беспокойства и напряжения мы предлагаем использование арттерапии.

Арттерапия – терапия с помощью различных видов искусства, одно из современных направлений психотерапии. Арттерапия в настоящее время становится все более и более популярным в профессиональной среде, стремительно развивающимся направлением современной психотерапии, привлекающим к себе все большее внимание во всем мире. «Психотерапевтическая энциклопедия» под ред. Б. Д. Карвасарского определяет арттерапию следующим образом: «использование искусства как терапевтического фактора» [71, с.34].

Впервые термин «арттерапия» стал использовать английский врач Адриан Хилл. В 1940-е гг., работая с больными в госпиталях Великобритании, он заметил, что занятия творчеством отвлекают его пациентов от тяжелых переживаний и помогают справляться с болезнью. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, танцедвигательная терапия и т. п.).

Понятие «арттерапии» (терапии искусством) возникло в контексте идей З. Фрейда и К. Юнга и рассматривалось в психотерапевтической

практике как один из методов терапевтического воздействия, который посредством художественного (изобразительного) творчества помогал психически больным выразить в картинах свои скрытые психотравмирующие переживания и тем самым освободиться от них [62].

Согласно Фрейду внутреннее "Я" человека оказывается в визуальной форме каждый раз, когда она спонтанно что-то рисует или лепит, а изобразительное искусство, имея много общего с фантазиями и сновидениями, исполняет роль, которая компенсирует и снимает психическое напряжение. Юнг отмечал важность использования персональных и универсальных символов. Центральной фигурой в арттерапевтическом процессе является не пациент как больной человек, а личность, которая стремится к саморазвитию и расширению диапазона своих возможностей. Он утверждал, что пациент опираясь на "трансцендентные" свойства символов и собственный творческий потенциал, способен достичь самоизлечения, и что символические обиды несут в себе способы решения конфликтов внутри себя. В дальнейшем это понятие приобрело более широкую концептуальную базу, включая гармонические модели развития личности (К. Роджерс, 1951; А. Маслоу, 1956).

В настоящее время понятие «арттерапия» имеет несколько значений: рассматривается как совокупность видов искусства, используемых в лечении и коррекции; как комплекс арттерапевтических методик; как направление психотерапевтической и психокоррекционной практики; как метод она применяется в медицине (психиатрии, терапии, хирургии и т.д.). Арттерапия как направление, связанное с воздействием разных средств искусства на человека, используется как самостоятельно, так и в сочетании с медикаментозным, педагогическими и другими средствами [68].

Арттерапия – это один из методов психологической работы, когда возможности искусства используются для достижения положительных изменений в интеллектуальном, социальном, эмоциональном и личностном

развитии человека. Метод основывается на предположении, что человек может отражать свой внутренний мир в визуальных образах, что помогает пациенту избавиться от многих подсознательных негативных процессов, таких как страх, тревога, неприятные переживания. Приемы арт-терапии позволяют уменьшать психоэмоциональное напряжение, раздражительность и повышают жизненный тонус [69].

В настоящее время арттерапия широко используется в клиниках при работе с больными людьми, как в сочетании с другими методами психотерапии, так и в качестве самостоятельной формы психологической помощи.

Предоставляя возможность самовыражения и самопознания, арттерапия помогает больному человеку обрести гармонию. Кроме того, она дает социально приемлемый выход негативным чувствам [68].

В процессе арттерапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов.

В настоящее время арттерапия в широком понимании включает в себя:

1. Изотерапию (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно - прикладным искусством и т.д.);
2. Библиотерапию (лечебное воздействие чтением);
3. Имаготерапию (лечебное воздействие через образ, театрализацию);
4. Музыкотерапию (лечебное воздействие через восприятие музыки);
5. Вокалотерапию (лечение пением);
6. Кинезитерапию, танцетерапию, хоретерапию, коррекционную ритмику (лечебное воздействие движениями).

Основными функциями арттерапии являются: катарсическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний); регулятивная

(снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно - рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки) [71].

Метод практически не имеет ограничений и противопоказаний. Единственным ограничением для использования арттерапии в онкологии является состояние общей физической истощенности пациента. Из общего числа средств арттерапии, используемых в онкологии, чаще используется работа с рисунком, так как этот вид искусства является наиболее доступным способом снятия напряжения: внутренние переживания человеку порой легче выразить с помощью зрительных образов, а не просто в разговоре с психологом. Следует заметить, что некоторым людям вообще очень сложно говорить о своих проблемах, и только посредством рисунка такой пациент способен выразить себя, свои чувства и свое состояние. А задача психолога состоит в том, чтобы предоставить возможность самовыражения каждому онкологическому пациенту [68].

Сегодня существует довольно много различных способов и техник работы с рисунком. Г.А. Ткаченко (2008) считает, что наиболее эффективны следующие методики индивидуальной работы с рисунком: «здоровье» и «болезнь», «автопортрет», «настроение», «дерево жизни».

Арттерапия применительно к онкологическим больным осуществляется в несколько этапов. На 1-м этапе решаются социально-коммуникативные задачи, связанные с необходимостью преодоления сопротивления, вызванного распространенным комплексом «неумения рисовать».

На 2-м этапе, когда пациент преодолевает смущение перед непривычным занятием, что, как правило, определяется по уменьшению формальности в работе, следует приступать к непосредственному решению

терапевтических задач. В начале работы целесообразно выдвигать тему для рисования, в дальнейшем активность предоставляется самому пациенту. Темы могут охватывать различные области жизни человека, в том числе и до болезни. Основным требованием к темам является их потенциальная способность вызывать последующее обсуждение.

На следующем этапе в центре внимания психолога оказывается не само произведение, а личность его автора: его интерес к работе, предположения и комментарии по заданной теме, его эмоции [61].

В завершение, непосредственно после окончания рисования, происходит обсуждение работы. Дискуссия начинается в форме вопросов психолога, чтобы понять, что говорит этим рисунком автор. Задачей психолога при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, полученной в ходе занятия.

Через цветовую гамму рисунка больные выражают свое эмоциональное состояние, боль, тревогу, страх. Благодаря этому, техники арттерапии помогают пациенту открыто проявлять свои чувства и переживания, способствуют изживанию негативных чувств, агрессии социально приемлемыми способами, позволяют изменить иррациональные установки поведения, взять на себя контроль над ходом лечения, жизненными решениями и взаимоотношениями [69].

Результаты творчества в процессе терапии достаточно точно отражают внутреннее состояние пациента: его страхи, тревоги, настроение. Поэтому техники арттерапии используются и в качестве диагностического инструмента, так как полученный материал помогает более глубоко проанализировать проблемы пациента, порой не осознанные им самим. Возможность работать с глубокими внутренними переживаниями больного, лежащими в области бессознательного, помогает найти внутренние ресурсы для активизации компенсаторных механизмов личности.

Арттерапия способствует улучшению общего физического и психического состояния больных. Эффективность воздействия творческой деятельности основывается на том, что этот метод позволяет оптимизировать эмоциональную сферу, исследовать и выражать эмоции и чувства на символическом уровне [67].

Арттерапия – естественный метод исцеления человеческой души через художественное творчество, поэтому ее можно использовать в работе с онкологическими больными. Развитие в человеке творческих способностей, раскрытие его внутренних возможностей помогает человеку обрести личностную силу и целостность для решения возникающих проблем со здоровьем. В онкологии арттерапия способствует активизации внутренних резервов человека.

*Структура занятий программы включает в себя:*

1. Ритуал приветствия – выполняет функцию установления эмоционально-позитивного контакта психолога с клиентами и формирования у них направленности на взаимодействие;
2. Разминка – упражнения, которые помогают клиентам настроиться на работу, повышают уровень их познавательной активности и способствует формированию их групповой сплоченности;
3. Основная часть занятия – психотехнические упражнения, игры и приемы, направленные на решение основных задач программы;
4. Рефлексия занятия – предполагает эмоциональную и смысловую оценку занятия в ходе заключительного обсуждения;
5. Ритуал прощания – спланирует клиентов, создает атмосферу группового доверия и принятия, им завершается занятие.

Обозначенные нами научно-теоретические и методологические подходы легли в основу разработки психологической программы по коррекции эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Совокупность обозначенных методов и



принципов, а также неукоснительная реализация их в процессе психологической работы способствует повышению развивающего потенциала личности и более успешной реализации коррекционных целей работы.

### **Выводы по третьей главе**

1. На основании результатов психодиагностического исследования, мы изучили особенности эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями. В результате полученных данных нами была разработана психологическая программа коррекции эмоциональных состояний изучаемого контингента лиц. Для реализации программы нами были обозначены следующие направления работы: психологическое просвещение, психопрофилактика, дополнительная дифференциальная диагностика, психологическое консультирование, психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие.

2. В качестве основных блоков психокоррекционной работы нами были определены: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. В соответствии с результатами исследования и обозначенными блоками работы, были выделены следующие направления психологической коррекции:

- Обучение клиентов умениям регуляции, контроля и управления эмоциональными состояниями;
- Развитие умений адекватно оценивать свое эмоциональное состояние;
- Формирование умений регулировать и управлять эмоциональными состояниями в затруднительных жизненных ситуациях;
- Обучение клиентов моделям конструктивного эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации.

3. Разработанная нами психологическая программа включает в себя следующие средства психокоррекционного воздействия на клиентов:

I. Лекции.

II. Тренинги, игровые упражнения.

III. Аутогенная тренировка

IV. Дыхательные техники

V. Мышечная релаксация

VI. Рациональная психотерапия

VII. Нейролингвистическое программирование.

4. С целью реализации программы, в качестве основных, нами были отобраны следующие методы: психогимнастика, аутогенная тренировка и арттерапевтические методы.

## Заключение

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема негативного эмоционального состояния онкологических больных. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания у многих больных вызывают мощный психологический стресс. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность могут усугубить течение болезни.

Проблема изучения эмоциональных состояний личности в различных процессах жизнедеятельности в настоящее время становится все более актуальной. Это, прежде всего, связано с высокой динамикой жизни человека, интенсификацией коммуникативных связей и некоторые другие характерные черты современной эпохи, обуславливают необходимость разработки практических психологических средств по увеличению потенциальных возможностей человека, совершенствованию его адаптивных механизмов. Изучением эмоциональных состояний занимались такие психологи как: П.К. Анохин (1964), С.Л. Рубинштейн (1946), З. Фрейд, А.Н. Леонтьев (1971), П.В. Симонов (1981). Эмоционального состояния онкологических больных поверхностно изучали такие ученые как: Н.Н. Блинов (1990), С.А.Кулаков (2003), Г.А. Ткаченко (2008), Н.А. Русина (2002), но таких исследований недостаточно.

Эмоциональной реакцией на заболевание пациентов с диагнозом «рак» является ощущение внутренней напряженности, страха, повышение общего уровня тревоги, неуверенности в себе, появление страха за будущее.

Экспериментальное исследование было проведено в Краевой клинической больнице в эндокринном хирургическом отделении г. Красноярск. В исследовании участвовало – 30 человек с диагнозом рак щитовидной железы (РЩЖ 1-3 стадии). В выборке участвовало 9 мужчин и 21 женщина. Возраст испытуемых составил 25 – 60 лет.

В психологическое исследование были включены эмпирические методы: наблюдение, опрос, беседа, тестирование, констатирующий эксперимент. Полученные в ходе экспериментальной работы данные были обработаны с использованием количественных, качественных и интерпретационных методов исследования. В психологическое исследование были включены следующие психодиагностические методики:

1. Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге (2001);
2. «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора (1992);
3. Четырёхмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича (2001);
4. Метод цветowych выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера (2002).

Экспериментальное исследование выявило эмоциональные нарушения у онкологических больных в виде повышенной тревожности, низкой степени стрессоустойчивости, пессимизма, страха, напряжения и наличия чувства нависшей угрозы, что влияет на активность больного, снижают самооценку, блокирует резервные и потенциальные возможности личности по борьбе с болезнью.

В результате психодиагностического обследования по всем отобранным нами методикам была выявлена низкая стрессоустойчивость, повышенную тревожность, пессимизм и страх у большинства испытуемых. Предоперационная тревога и страх является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна.

Исследование исходного уровня социально-психологического стресса онкологических больных по методике МЦВ выявило повышенный уровень

стрессовой нагрузки в обследованной группе, высокий уровень тревожности, наличие страха, напряжения. Кроме того, нами были получены данные о наличии блокированной потребности в самореализации, ощущение нависшей угрозы, чувства собственного бессилия и переутомления. Выявленные особенности, безусловно, препятствуют актуализации внутренних ресурсов организма пациентов, направленные на борьбу с болезнью, ослабляют их активность и мотивацию, создают преграды в эффективности лечения.

Повышенная тревожность, эмоциональная нестабильность, низкая стрессоустойчивость являются признаками напряженного психоэмоционального состояния (психоэмоционального стресса). Психоэмоциональный стресс приводит к перерасходу ресурсов организма и снижает его устойчивость. Основными условиями нормализации психоэмоционального состояния являются устранение причин хронических стрессов, изменение стиля жизни, модели поведения, мыслей и чувств на более положительные, конструктивные.

Осуществляя анализ результатов исследования по отобранным нами психодиагностическим методикам, можно сделать вывод, что выдвинутое предположение, о том, что особенностями эмоциональных состояний онкологических больных являются высокий уровень тревожности, стресса и наличие страха подтвердилось.

Учитывая неблагоприятное воздействие эмоциональных нарушений на внутреннюю картину болезни онкологических больных, а также, опираясь на анализ полученных результатов исследования, в качестве основных блоков психокоррекционной работы нами были определены: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. На основании этого были выделены следующие направления психологической коррекции:

- Обучение клиентов умениям регуляции, контроля и управления эмоциональными состояниями;

- Развитие умений адекватно оценивать свое эмоциональное состояние;
- Формирование умений регулировать и управлять эмоциональными состояниями в затруднительных жизненных ситуациях;
- Обучение клиентов моделям конструктивного эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации.

Разработанная нами психологическая программа включает в себя следующие средства психокоррекционного воздействия на клиентов:

- I. Лекции.
- II. Тренинги, игровые упражнения.
- III. Аутогенная тренировка
- IV. Дыхательные техники
- V. Мышечная релаксация
- VI. Рациональная психотерапия
- VII. Нейролингвистическое программирование.

С целью реализации программы, в качестве основных, нами были отобраны следующие методы: психогимнастика, аутогенная тренировка и арттерапевтические методы.

### Список используемой литературы

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник.-М.: Медицинское информационное агенство, 2004.-516 с.
2. Блохин Н.Н., Б.Е. Петерсон. Клиническая онкология, 1979.
3. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии / Вопросы онкологии.- 1992.873-888 с.
4. Саймонтон К., Саймонтон С.Психотерапия рака: пер. с англ.-2001, 286 с.
5. Коблер-Росс. О смерти и умирании.- Киев: София, 2001.-320 с.
6. Марычев А.А. О возможностях реабилитации онкологических больных после радикального лечения.-М., 1998.
7. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Мир психологии.-2002.-№4.-152-160 с.
8. Старшенбаум Г.В., цит. по : Психосоматика и психотерапия, 2005.
9. Леонтьев Д.А., цит. по: Смысл смерти, на стороне жизни, 2004.
10. Баевский Р.М. Прогнозирования состояний на грани нормы и патологии.- М.: Медицин, 1988.-270 с.
11. Василюк Ф.Е. Пережить горе. Человеческое в человеке. «Политиздат», Москва, 1991.
12. Е. Гольцман. Болезнь, помогающая выжить. « Наука и жизнь»-2000, №7, 86-91 с.
13. Московский психологический журнал №2. Влияние стресса на здоровье. 1998.
14. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.-М.: Медгиз, 1995.-254 с.
15. Анн П.Ф.- Психологический тренинг с подростками, 2007.-271 с.
16. К. Хорни. « Новые пути в психоанализе». Пер. с англ. А. Боковикова.- М.: Академический проект, 2007.

17. Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека.- М.:Наука, 1998.-269 с.
18. А.Д. Сахаров. Тревога и надежда.-Москва, 1990.-335 с.
19. Е.Ф. Лушников, А.Ф. Цыб, С. Ямасита. Рак щитовидной железы в России после Чернобыля.- 2006.- 128 с.
20. В.В. Потемкин. Эндокринология.-М.: Медицина, 1999.- 432 с.
21. Р. Хэгглин. Дифференциальная диагностика внутренних болезней.- М.: Миклош, 1993.-794 с.
22. Е.А. Валдина. Заболевания щитовидной железы. Москва, 1993.
23. Лекции по хирургическим болезням, 1996-1998гг.
24. В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко. Практическая онкология, №3-2009, 157 с.
25. А.В. Гнездилов. Психология и психотерапия потерь / СПб.: «Речь».- 2002.-237 с.
26. Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова. Онкологическое заболевание как психологический кризис .- 2007.- 556-557 с.
27. В.М. Моисеенко, В.М. Чулкова. Психоонкология / Пособие для врачей.- Спб.- 2007.-38 с.
28. П.К. Анохин. Эмоции / Большая медицинская энциклопедия. 2-е изд., 1964, Т.35, 339-367 с.
29. С.Л. Рубинштейн. Основы общей психологии. Спб.: изд. «Питер», 2000.- 712 с.
30. Е.П. Ильин. Эмоции и чувства. 1-е изд., 2001.- 752 с.
31. П.В. Симонов. Эмоциональный мозг.- М., 1981.
32. Р.С. Немов. Психология.-М.: Гуманит.изд.центр Владос, 2000.-688 с.
33. А.А. Реан, Н.В. Бордовская, С.И. Розуль. Психология и педагогика.-Спб.: Питер, 2002.- 432 с.
34. Ребер А. Большой психологический словарь.- М.: Вече, 2000.-680 с.
35. В.Г. Пашинский. Растение против рака.- Томск: Аграф-Пресс, 2005.- 96 с.
36. С.И. Ялкупт. Профилактика опухолей. «Книга плюс», Москва, 2006.



37. Селенина Е. Метастазы счастья / Путь к себе.- 1992.-№5.- 24-25 с.
38. И.Г. Малкина-Пых. Психосоматика: Справочник практического психолога.- М.: изд. Эксмо, 2005.- 992 с.
39. Пезешкиан Носсрат. Психосоматика и позитивная психотерапия / пер. с нем. М.: Медицина, 1992.-464 с.
40. Досталова Л. Как сопротивляться раку / пер. с чешского. «Исцели себя сам», 1994.
41. А.П. Слободяник. Психотерапия. Внушение. Гипноз. / Киев, 1983.
42. Шульц И.Г. Аутогенная тренировка. – М., 1995.
43. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: МИВ-метод цветových выборов. - СПб.: Речь, 2002. - 112с.
44. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии.- СПб.: Речь, 2001. - 350с.
45. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В.Петровского, М.Г. Ярошевского- 2-е изд. - Ростов н/Д.: Феникс, 1998. – 568 с.
46. Вундт В. Психология душевных волнений / Под.ред. К.В.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер.- М.: Изд-во Московского ун-та, 1993.
47. Введение в психологию / Под ред. Петровского А.В. - М.: Академия, 1995. – 496 с.
48. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. — М.: "Кафедра-М", 1998.
49. Сидоров П.И., Парняков А.В., Введение в клиническую психологию: Т. I.: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 416 с.
50. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. —М.: "Академический проект", Екатеринбург: "Деловая книга", 1999.
51. Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб.: Питер, 2003. - 384 с.
52. Петров Н.Н. Общее учение об опухолях (патология и клиника), СПб., 1910.-373 с.

53. Зильбер Л.А. Вирусно-генетическая теория происхождения злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1968. 197 с.
54. Ч. Давин. Выражение эмоций у человека и животных. Собрание сочинений в 9-ти томах, изд. АН СССР, том 5, 1953.
55. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы Руководство. 3-е изд. – СПб: Питер, 2006. – 368 с.
56. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы (2-е изд.). – М. – 1995. – 372 с.
57. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессустойчивость человека. СПб.: 1999.-86 с.
58. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288с.
59. Минченков А.В., Елпидифоров Н.Б. Методы структурной психосоматики. – СПб.: ИД «ЮВЕНТА»; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.–409с.
60. Еникеев М. И. Общая и социальная психология. Учебник для вузов.– М.: Издательская группа НОРМА–ИНФРА • М, 1999. – 624 с.
61. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы / Г.А. Ткаченко //Сиб. психол. журн. – 2008. – № 30. – С. 97–101.
62. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедева. – М., 2008. – 256 с.
63. Блинов Н.Н. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу / Н.Н. Блинов, И.П. Хомяков, Н.В. Шиповников // Вопр. онкологии. –1990. – № 8. –966–969 с.
64. Шеляг Т.В. Технологии социальной работы: Учебник. М, 2003.
65. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. М.-1961.
66. И. В. Вачков, И. Б. Гриншпун, Н. С. Пряжников. Введение в профессию "психолог". Учебное пособие. МПСИ, 2007.- 464 с.

67. Абрамова Г.С. Практическая психология. Учебник для студентов вузов — изд 6-е., перераб. и доп. — М : Академический Проект, 2003. — 496 с..
68. Рисунок в психотерапии.; Д.Остер, п.гоулд; М., 2000.
69. Учебник «Психотерапия»; под ред. Б.Д. Карвасарского; Питер;СПб.,2000.
70. А. Анастази, С. Урбина; Психологическое тестирование; Питер; СПб.,2002.
71. «Психотерапевтическая энциклопедия» под ред. Б. Д. Карвасарского, 3-е изд, 2006.-944 с.

**Таблица 1. Состав экспериментальной группы лиц с диагнозом рак щитовидной железы (РЩЖ)**

№ п/п	Ф.И. респондента	Возраст	Пол	Диагноз (стадия заболевания)
1	Александра Д.	25	Жен	РЩЖ 1 стадии
2	Алена Ж.	29	Жен	РЩЖ 1 стадии
3	Валентина Г.	29	Жен	РЩЖ 1 стадии
4	Денис Ш.	47	Муж	РЩЖ 1 стадии
5	Евгений Р.	60	Муж	РЩЖ 3 стадии
6	Егор А.	54	Муж	РЩЖ 2 стадии
7	Елена П.	59	Жен	РЩЖ 2 стадии
8	Игорь Б.	38	Муж	РЩЖ 1 стадии
9	Карина Е.	36	Жен	РЩЖ 1 стадии
10	Лариса Н.	49	Жен	РЩЖ 2 стадии
11	Марина Е.	25	Жен	РЩЖ 1 стадии
12	Мария О.	26	Жен	РЩЖ 1 стадии
13	Мария Н.	48	Жен	РЩЖ 3 стадии
14	Наталья Г.	50	Жен	РЩЖ 2 стадии
15	Павел Р.	29	Муж	РЩЖ 3 стадии
16	Алексей А.	50	Муж	РЩЖ 2 стадии
17	Алина К.	30	Жен	РЩЖ 1 стадии
18	Валетина П.	48	Жен	РЩЖ 2 стадии
19	Дарья А.	35	Жен	РЩЖ 2 стадии
20	Дмитрий Л.	49	Муж	РЩЖ 1 стадии
21	Кристина Л.	57	Жен	РЩЖ 3 стадии

22	Карима О.	55	Жен	РЦЖ 1 стадии
23	Марья Д.	59	Жен	РЦЖ 2 стадии
24	Наталья Ш.	46	Жен	РЦЖ 2 стадии
25	Арсений Л.	37	Муж	РЦЖ 1 стадии
26	Ярослава В.	48	Жен	РЦЖ 1 стадии
27	Екатерина К.	55	Жен	РЦЖ 1 стадии
28	Надежда М.	59	Жен	РЦЖ 2 стадии
29	Ярослав З.	45	Муж	РЦЖ 1 стадии
30	Ольга П.	53	Жен	РЦЖ 2 стадии

**Таблица 2. Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге**

№	Жизненные события	Баллы
1.	Смерть супруга (супруги).	100
2.	Развод.	73
3.	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4.	Тюремное заключение.	63
5.	Смерть близкого члена семьи»	63
6.	Травма или болезнь.	53
7.	Женитьба, свадьба.	50
8.	Увольнение с работы.	47
9.	Примирение супругов.	45
10.	Уход на пенсию.	45
11.	Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12.	Беременность партнерши.	40
13.	Сексуальные проблемы.	39
14.	Появление нового члена семьи, рождение ребенка.	39
15.	Реорганизация на работе.	39
16.	Изменение финансового положения.	38
17.	Смерть близкого друга.	37
18.	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.	36
19.	Усиление конфликтности отношений с супругом.	35
20.	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).	31
21.	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.	30
22.	Изменение должности, повышение служебной ответственности.	29
23.	Сын или дочь покидают дом.	29
24.	Проблемы с родственниками мужа (жены).	29
25.	Выдающееся личное достижение, успех.	28
26.	Супруг бросает работу (или приступает к работе).	26
27.	Начало или окончание обучения в учебном заведении.	26
28.	Изменение условий жизни.	25

29.	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.	24
30.	Проблемы с начальством, конфликты.	23
31.	Изменение условий или часов работы.	20
32.	Перемена места жительства.	20
33.	Смена места обучения.	20
34.	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.	19
36.	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.	19
36.	Изменение социальной активности.	18
37.	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).	17
38.	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.	16
39.	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.	15
40.	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).	15
41.	Отпуск.	13
42.	Рождество, встреча Нового года, день рождения.	12
43.	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).	11

### Приложение 3

#### **«Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора, адаптированная Немчиновым Т.К.**

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.

3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие • трудности.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
21. Мне нередко снятся кошмарные сны.
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.



27. Я работаю с большим напряжением.
28. Я легко прихожу в замешательство.
29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
30. Я склонен принимать все слишком всерьез.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь', что вот-вот покраснею.
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, У меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.
42. Я - человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Ожидание всегда нервирует меня.

## Приложение 4

**Четырехмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича**

1. Вы не решитесь пойти ночью в любое страшное место, даже если дело идет на спор?
2. Часто ли у вас портится настроение, находит уныние, хандра?
3. Можно ли сказать, что ваше настроение бывает чаще всего веселым и бодрым?

4. Страшно ли бывает вам идти по темной, пустынной улице?
5. Страшно ли вам смотреть вниз с большой высоты?
6. Часто ли вы испытываете чувство неудачи, неудовлетворенности собой, разочарования в себе?
7. Если бы над вами зло подшутили, привело бы это вас в состояние гнева?
8. Овладевает ли вами негодование, если не выполняются ваши требования?
9. Легко ли вы заражаетесь радостным настроением окружающих?
10. Можно ли о вас сказать, что вы не верите в свои силы?
11. Считаете ли вы, что ваши жизненные обстоятельства дают вам много поводов для негодования, возмущения?
12. Вызывают ли у вас страх страшные сцены в кинофильмах?
13. У Вас часто появляется желание с кем-нибудь поссориться?
14. Можно ли сказать, что у вас преобладает радостное мироощущение?
15. Можно ли назвать вас несмелым человеком?
16. Может ли небольшое затруднение в деятельности вызвать у вас раздражение?
17. Испытываете ли вы боязнь, когда вам необходимо обратиться начальнику, вышестоящему лицу?
18. Бываете ли вы активным участником веселья в компаниях?
19. Вас легко рассердить?
20. Можно ли сказать о вас, что вы человек печальный?
21. Можно ли о вас сказать, что в вас преобладает грустное и унылое настроение?
22. Вам свойственно состояние удовлетворенности жизнью?
23. Бойтесь ли вы темноты в незнакомой обстановке?
24. Считаете ли вы себя веселым человеком?
25. Вы не склонны предаваться невеселым, мрачным мыслям?
26. Вами овладевает неприятное чувство в лифте, в туннеле?
27. Часто ли неудачи приводят вас в отчаяние?

28. Можете ли вы сказать про себя, что вы по своей натуре оптимист?
29. Вызывают ли у вас чувство тоски книги с плохим концом?
30. Боитесь ли вы выходить на сцену, трибуну?
31. Вы неуступчивы?
32. Вами овладевает злость, если вы очень торопитесь, а вам помешали?
33. Когда на вас кричат, вам хочется ответить тем же?
34. Свойственно ли вам переживать чувство страха при сильной грозе?
35. Если вы терпите поражение в споре, овладевает ли вами раздражение и злость?
36. Испытываете ли вы радость, когда находите решение важной для вас задачи?
37. Можете ли вы присоединиться к мнению, что в жизни больше невзгод и печалей, чем радостей?
38. Кажется ли вам будущее бесперспективным и мрачным?
39. Может ли небольшое препятствие, мешающее достичь желаемого, вызвать у вас чувство подавленности?
40. Любите ли вы веселое оживление и суету вокруг себя?
41. Легко ли вы ощущаете чувство потери чего-то?
42. Овладевает ли вами раздражение, если, как вам кажется, вас не понимает близкий человек?
43. Обычно по утрам у вас бодрое и радостное настроение?
44. Овладевает ли вами гнев так сильно, что вы долго не можете успокоиться?
45. Вы, вероятно, отказались бы заниматься каким-либо опасным видом спорта?
46. Бывает ли у вас чувство страха при необходимости посетить зубного врача или сделать укол?

Ф.И.О.....

**Таблица 3. Результаты экспериментального исследования эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями по методике Четырехмодальный эмоциональный вопросник Л. А. Рабиновича**

	оптимизм	пессимизм	Позитивный фон	Негативный фон
1		■		
2		■		
3		■		
4				■
5				■
6		■		
7		■		
8			■	
9				■
10				■
11			■	
12				■
13	■			
14		■		
15		■		
16		■		
17			■	
18				■
19			■	
20		■		
21		■		
22			■	
23			■	
24		■		
25				■
26			■	
27			■	
28		■		
29			■	
30			■	
Сред	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
%	<b>3,3%</b>	<b>40%</b>	<b>33,3%</b>	<b>23,3%</b>

**Таблица 4. Результаты экспериментального исследования эмоциональных состояний больных, страдающих онкологическими заболеваниями по методике МЦВ**

<b>№ испытуемых</b>	<b>Цветовой ряд</b>	<b>Интенсивность тревоги</b>
1	1 6 3 4 2 5 0 7	2
2	5 1 0 6 2 4 7 3	5
3	5 1 0 6 7 2 4 3	7
4	4 0 5 2 1 3 6 7	4
5	4 0 3 7 1 6 5 2	5
6	4 6 3 5 2 1 7 0	3
7	4 6 5 1 2 0 3 7	5
8	6 4 3 5 1 2 7 0	4
9	4 6 3 5 0 7 1 2	7
10	5 1 3 7 6 2 0 4	4
11	1 0 3 2 6 7 4 5	4
12	0 4 6 3 5 2 1 7	7

13	6 4 3 5 2 0 1 7	5
14	1 3 6 5 2 0 7 4	4
15	6 4 5 1 2 0 3 7	6
16	3 6 5 4 1 2 7 0	4
17	4 0 3 7 1 6 5 2	5
18	1 6 3 5 7 0 4 2	7
19	4 0 3 2 6 7 5 4	5
20	6 1 3 2 0 7 5 4	6
21	3 6 7 2 1 5 4 0	4
22	5 1 0 6 2 4 7 3	5
23	3 6 5 1 2 4 0 7	4
24	6 3 5 1 2 4 7 0	5
25	5 7 1 0 6 2 4 3	9
26	6 5 3 4 1 2 7 0	6
27	6 3 4 2 5 7 1 0	5

28	0 3 6 5 2 1 7 4	8
29	5 1 0 6 7 2 4 3	7
30	3 6 1 2 5 7 4 0	3
<b>среднее</b>		<b>5,3</b>