

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Новикова Екатерина Владимировна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Психологическое консультирование как форма психологической помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием

Направление 44.04.02. «Психолого-педагогическое образование»

Магистерская программа «Мастерство психологического консультирования»

Допущена к защите
Заведующий кафедрой

к.пс.н., доцент Мосина Н.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



14.12.2020

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



14.12.2020

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



14.12.2020

(дата, подпись)

Студент

Новикова Е.В.

(фамилия, инициалы)

14.12.2020

(дата, подпись)



Красноярск, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение.....	10
ГЛАВА 1. Теоретические основы проблемы психологической помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием.....	15
1.1. Понятие «кризиса» в психологической науке, его особенности и типология.....	15
1.2. Особенности кризисного переживания онкобольных.....	19
1.3. Возможности психологического консультирования как средства помощи онкобольным.....	29
Выводы по Главе 1.....	36
ГЛАВА 2. Экспериментальное исследование специфики оказания психологической помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием.....	38
2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	38
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	54
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение.....	87
Выводы по Главе 2.....	102
Заключение.....	106
Список используемых источников.....	108
Приложения.....	116

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки Психолого-педагогического образования «Психологическое консультирование как форма помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием».

Цель исследования: теоретически описать и экспериментально проверить возможности психологического консультирования как формы помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием.

Объект исследования: процесс психологического сопровождения женщин, страдающих онкологическим заболеванием.

Предмет исследования: специфика работы в процессе психологического консультирования женщин, страдающих онкологическими заболеваниями.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что психологическая помощь женщинам, страдающим онкологическим заболеванием будет более эффективна, если в процессе консультирования:

1) будут использованы техники работы с телом (телесно-ориентированная психотерапия) т.к. тело хранит все непрожитые эмоциональные реакции и хранит ответы на все психосоматические состояния;

2) будут использованы техники кататимно-имагинативной психотерапии, с помощью которых возможно выстроить стратегию преодоления болезни;

3) будут использованы техники работы с подсознанием (метафорические ассоциативные карты), которые дают возможность переосмыслить события предшествующие заболеванию, психологическую выгоду от недуга.

Теоретико-методологические основания исследования:

– концепция о личности как системе отношений (В.Н. Мясищев);

– подходы к изучению адаптации личности к болезни (Ю.А. Александровский, Ф.З. Меерсон, В.М. Воловик, Ф.Б. Березин, Л.И. Вассерман, М.А. Беребин, А.Б. Смулевич, Е.Р. Исаева);

– концепция отношения к болезни (А.Е. Личко, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова);

– положения психологии телесности (А.Ш. Тхостов, В.В. Николаева, Т.Д. Василенко);

– концепция об экстремальной и кризисной ситуациях, развиваемая сотрудниками кафедры психологии экстремальных и кризисных ситуаций (Н.С. Хрусталева)

– ситуационный подход в психологии (К. Левин, Л. Магнуссон, Н.В. Гришина, Е.Ю. Коржова, Л.Ф. Бурлачук, А.А. Бодалев, М.Ш. Магомед-Эминов, Е.В. Рягузова и др.);

– концепция психического здоровья (Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Б.В. Иовлев).

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с женщинами онкологического профиля.

2. Эмпирические – тестирование, наблюдение; беседа; эксперимент (индивидуальное консультирование, МАК-сессии, телесно-ориентированная психотерапия).

3. Статистические – качественный, количественный анализ результатов исследования.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного и дистанционного (скайп) консультирования. В нем принимали участие женщины в возрасте 25-45 лет, в количестве 7 человек.

Апробация результатов исследования происходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций в частном порядке.

Всего было проведено 152 консультации, из них 58 посредством онлайн технологий.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрено и обобщено понятие кризисной жизненной ситуации. Изучены этапы переживания кризиса при онкозаболевании и типы психологического реагирования на него.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и описанию специфики программы индивидуального психологического консультирования и оказания психологической помощи женщинам онкологического профиля. Результаты исследования могут быть использованы в индивидуальном организационном консультировании, в том числе в случае неблагоприятной эпидемиологической обстановки, исключающей возможность прямого контакта с психологом. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, онкопсихологов, психологов онкологических центров.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы работы с женщинами, страдающими онкозаболеванием, в процессе консультирования. Рассмотрено понятие «кризиса» и «критической жизненной ситуации» в психологии, особенности кризисного переживания онкобольных, способы работы с женщинами онкологического профиля в процессе психологического консультирования. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по специфике работы психолога консультанта с женщинами, страдающими

онкологическими заболеваниями, в процессе психологического консультирования. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты обработки данных и протоколы проведения консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Abstract

Dissertation for the Master's degree in psychological and pedagogical education "Psychological counseling as the help form for the women, suffering from oncological diseases".

The purpose of research is to describe the opportunity of psychological counseling as the help form for the women, suffering from oncological diseases.

Object of research is the process of psychological support of the women, suffering from oncological diseases.

Subject of research: the specificity of working during the psychological counseling of the women with oncological diseases.

The research hypothesis is in assumption that the psychological help for the women with oncological diseases will be more effective if during the counseling process will be used:

- 1) Body-working techniques (body-oriented psychotherapy) because human body keeps all uninhabited emotional reactions and the answers for all psychosomatic conditions.

- 2) Katathym imaginative psychotherapy techniques for building the strategy to overcome the disease.
- 3) Working with subconscious techniques (metaphorical associative cards) which give the opportunity to rethink the pre-disease events and to find out the psychological profits of the disease.

Theoretical and methodological foundations of the study:

- Concept of personality as a system of relations by V.N. Myasishchev.
- Study approach to adaptation of personality to disease by Y.A. Alexandrovski, F.Z. Meerson, V.M. Volovik, F.B. Berezin, L.I. Vasserman, M.A. Berebin, A.B. Smuglevich, E.R. Isaeva.
- Disease attitude concept by A.E. Lichko, B.V. Iovlev, E.B. Karpova.
- Psychological postulates of physicality by A.S. Tkhostov, V.V. Nikolaeva, T.D. Vasilenko.
- Concept of extreme and critical situations, developing by employees of the department of extreme and critical situations psychology by N.S. Khrustaleva.
- Situational approach in psychology by K. Levin, L. Magnusson, N.V. Grishina, E.Y. Korzhova, L.F. Burlachuk, A.A. Bodalev, M.S. Magomed-Eminov, E.V. Ryaguzova.
- Mental health concept by Y.Y. Tupitsyn, V.V. Bocharov, B.V. Iovlev.

Research methods:

- 1) Theoretical - an analysis of psychological and pedagogical literature about a problem of research; generalization of practical experience in the work of psychologists with oncology profile women.
- 2) Empirical - observation; conversation; MAC-sessions; experiment (individual counseling).
- 3) Statistical - a qualitative, quantitative analysis of the results of the study.

The experimental base of the study: distant (Skype) counseling, women 25-45 years old took part in the experiment, number of participants is 7.

Testing the results of studies took place during private individual counseling. In total, 152 individual consultations.

The theoretical significance of the study lies in the fact that the results, achieved by the author during the research, can be the base for the complex approach to the psychological counseling of women, suffering from oncological diseases.

The practical significance of the research lies in the development and describing the specificity of individual psychological counseling program and providing psychological help to women with oncological diseases. Research results can be used in individual counseling, organizational counseling, including adverse epidemiological situation cases, when direct contact with psychologist is impossible. The obtained theoretical and practical material can be used in the work of private psychologists, oncology psychologists, psychologists of counseling centers.

The structure of dissertation:

Introduction, 2 chapters, conclusion, list of references and applications.

The Introduction discusses current work, goals and objectives, theoretical and practical significance of the dissertation, formal provisions to be defended. Briefly use the content of the dissertation.

Chapter 1 uses the theoretical foundations of the problem of working with women, suffering from oncological diseases, in the counseling process. The concept of “crisis” and “critical life situation” in psychology, the features of critical worries of cancer patients, the methods of work with oncology profile women during the psychological counseling are considered. Conclusions.

Chapter 2 describes an experimental study on the specificity of the work of a psychological consultant with women, suffering from oncological diseases, in the counseling process. Methodical organization of research and discussion of the results of a stating experiment. Organization and conducting a formative experiment. The results of experimental work and their discussion. Conclusions.

In Conclusion the main results of the dissertation are formulated.

Applications contain tables, data and research results, as well as data processing results and test reports.

Thus, theoretical and experimental work suggests that the goals are achieved.

Введение

Во всем мире наблюдается тенденция увеличения онкологических заболеваний. Улучшение диагностического протокола и появление новых методов лечения, позволяющих продлевать жизнь, способствуют увеличению количества больных онкологическими заболеваниями (Р.Ш. Бахтияров, 200; Е.Н. Имянитов, 2004; В.М. Мерабишвили, 2006) [4,54].

Наиболее уязвимой группой по заболеваемости признаны женщины (54,2 % от всех заболевших) [9]. В первую очередь это связано с особенностями эндокринной и метаболической системами женщины, высоким уровнем тревожности и аффективными расстройствами различного типа и степени выраженности, сопровождающие женщину в болезни (О.Н. Шарова, 2000; Г.Я. Каменская, 2002; А.А. Кузнецова, 2009)[13]. По данным ВОЗ более всего у женщин подвержены онкологическому процессу молочные железы и кишечник, тогда как у мужчин – органы дыхательной системы[13, 24].

В последние годы происходит смещение фокуса внимания в рассмотрении онкологического заболевания с исключительно медицинского на социальный и психологический (А.Ш. Тхостов, 2002; А.В. Гнездилов, 2007; В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко, 2009; Т.Д. Василенко, 2011 и др.)[63, 64, 65].

Исследования в онкопсихологии позволяют анализировать психологические особенности женщин, отношение к болезни и реакцию на заболевание, а также спрогнозировать возможность адаптации к изменившейся жизненной ситуации.

Информация об онкологическом заболевании является разрушительной для личности человека и связана с возможной психической травмой (В.А. Чулкова, 1978; Т.Ю. Марилова, 1996; А.Е. Колосов, Н.Б. Шиповников, 1994)[63]. Психическая травма сопряжена с сильными мучительными переживаниями, обуславливает кризисное или экстремальное состояние

человека (Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, 2007; В.В. Бочаров, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, А.Н. Ялов, 2010; В.D. Bultz, С. Johansen, 2011) [54, 64]. Таким образом, онкологическое заболевание относится к особому классу ситуаций – критическим жизненным ситуациям.

Исследования, демонстрирующие распространенность психологических нарушений у онкологических больных (А.В. Гнездилов, 1976; Д.П. Березкин, Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов, В.А. Чулкова. и др., 1979; А.В. Смулевич, 1997; Б.Д. Менделевич, 1999; А. Ciaramella, P.Poli, 2001; L. Bowersetal., 2003; V. Kollner, 2004), показывают, что на каком бы этапе заболевания (включая ремиссию), не находился человек, переживания, сопровождающие онкологическое заболевание, определяют качество его жизни (Е.В. Демин, В.А. Чулкова, Н.И. Блинов, 1990; J.C. Holland, 2011) [8, 39]. На разных этапах лечения человек нуждается в психологической поддержке [22].

Тем не менее, мало разработанным остается вопрос опсихологическом консультировании женщин, страдающих онкологическим заболеванием. А в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации в современном мире, когда онкологические больные вынуждены лечиться дома, не получая при этом во время медикаментозную и консультативную помощь врачей, возможность психологической поддержки полностью исключена. Удаленность многих населенных пунктов от краевого центра, тяжелое физическое состояние больных, вхождение в зону риска заражения инфекционными заболеваниями вследствие угнетенного состояния иммунной системы организма, определило **актуальность** данной работы.

Цель исследования: теоретически описать и экспериментально проверить возможности психологического консультирования как формы помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием.

Объект исследования: процесс психологического сопровождения женщин, страдающих онкологическим заболеванием.

Предмет исследования: специфика работы в процессе психологического консультирования женщин, страдающих онкологическими заболеваниями.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что психологическая помощь женщинам, страдающим онкологическим заболеванием будет более эффективна, если в процессе консультирования:

1) будут использованы техники работы с телом (телесно-ориентированная психотерапия) т.к. тело хранит все непрожитые эмоциональные реакции и хранит ответы на все психосоматические состояния;

2) будут использованы техники кататимно-имагинативной психотерапии, с помощью которых возможно выстроить стратегию преодоления болезни;

3) будут использованы техники работы с подсознанием (метафорические ассоциативные карты), которые дают возможность переосмыслить события, предшествующие заболеванию, психологическую выгоду от недуга.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую, научную периодическую литературу по теме исследования.

2. Описать специфику, а также определить основные приёмы и способы работы с женщинами, страдающими онкологическим заболеванием в процессе психологической консультации.

3. Подобрать диагностический инструментарий для проведения констатирующего этапа исследования.

4. Изучить и описать стадию проживания и тип психологического реагирования на заболевание у группы испытуемых.

5. Составить и реализовать серию консультаций, включающих работу, используя телесно-ориентированную психотерапию, «сновидения наяву», метафорические карты.

6. Проследить различия в уровнях проявления отношения к болезни до и после формирующего эксперимента.

7. Проверить гипотезу с помощью методов математической статистики.

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с женщинами онкологического профиля.

2. Эмпирические – тестирование, наблюдение; беседа; эксперимент (индивидуальное консультирование, МАК-сессии).

3. Статистические – качественный, количественный анализ результатов исследования.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного и дистанционного (скайп) консультирования. В нем принимали участие женщины в возрасте 25-45 лет, в количестве 7 человек.

Апробация результатов исследования происходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций в частном порядке. Всего было проведено 152 индивидуальные консультации, из них 58 в онлайн режиме.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрено и обобщено понятие кризисной жизненной ситуации. Изучены этапы переживания кризиса при онкозаболевании и типы психологического реагирования на него.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и описанию специфики программы индивидуального психологического консультирования и оказания психологической помощи женщинам онкологического профиля. Результаты исследования могут быть использованы в индивидуальном организационном консультировании, в том числе в случае неблагоприятной эпидемиологической обстановки, исключающей возможность прямого контакта с психологом. Полученный

теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, онкопсихологов, психологов онкологических центров.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы работы с женщинами, страдающими онкозаболеванием, в процессе консультирования. Рассмотрено понятие «кризиса» и «критической жизненной ситуации» в психологии, особенности кризисного переживания онкобольных, способы работы с женщинами онкологического профиля в процессе психологического консультирования. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по специфике работы психолога консультанта с женщинами, страдающими онкологическими заболеваниями, в процессе психологического консультирования. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

Глава 1. Теоретические основы проблемы психологической помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием

1.1. Понятие «кризиса» в психологической науке, его особенности и типология

«Кризисы – это не временные состояния, а путь внутренней жизни»
(Л.С. Выготский).

В жизни каждого человека происходят события, которые становятся поворотными пунктами в его судьбе. Именно они и называются критическими жизненными событиями, приводящими к переживанию психологических кризисов. Помимо трудностей, сопровождающих кризис, сам по себе он обладает огромным эволюционным и целительным потенциалом, открывая путь к более полной жизни. По мнению В.А. Ананьева, кризис – это не только пик страдания (болезнь), но и начало избавления от них (выздоровления)[10].

В переводе с китайского языка «кризис» – «полный опасности шанс». Это дает ясное понимание двойной роли кризисных состояний в индивидуальной судьбе человека. С одной стороны, это трудный период в жизни человека, с другой, человек как никогда готов к обновлению.

Н.С. Хрусталева определяет личностный кризис как «особое, тяжелое, достаточно длительное критическое состояние человека, вызванное переживанием противоречия между имеющимися у него в данное время недостаточными возможностями и непреклонными требованиями внешних и внутренних обстоятельств жизнедеятельности, которое он не в состоянии быстро каким-то способом преодолеть»[44, 52].

Наиболее распространенные подходы к пониманию феномена «кризиса»[44]:

1. Частный случай критической ситуации (В.С. Герасимова, М.В. Гамезо, Г.Г. Горелова, Л.М. Орлова, 1999).

2. Переживание эмоционального дисбаланса (Е.А. Донченко, Т.М. Титаренко, 1987; Брюдаль, 1998; Н.С. Глуханюк, 2001).

3. Состояние, порождаемое вставшей перед человеком проблемой, т которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом – присутствует в описании многих типов кризисов (Р.А. Ахмеров, 1994; С.А. Маничев, 2001; Х. Ремшмидт, 1994; Г.У. Слдатова, Л.А. Шайгерова, 2002 и др.).

4. Необходимость отказаться от привычных поведенческих моделей, которые перестали быть адекватными (М.С. Соловейчик).

5. Изменения в ценностно-мотивационной и смысловой сферах личности (Д.А. Леонтьев, 1999).

6. Перемены в восприятии себя и своей жизни (И.С. Кон, 1998; Слободчиков В.И. Исаев, 1998).

7. Ситуация невозможности реализации жизненного замысла (Ф.В. Василюк).

Таким образом, кризис, его переживание, является «необходимо – неизбежным» в жизни человека. С одной стороны – оно дает возможность для личностного роста, с другой – может привести к негативным последствиям как соматическим, так и психологическим и социально – психологическим.

Выделяют так же экстремальные ситуации. Между экстремальными и кризисными ситуациям имеются различия. Экстремальная ситуация – это чрезмерное давление на человека внешними обстоятельства, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности. Кризисная ситуация – это переломный момент в развитии личности, при котором происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности [37, 44].

Такое деление переживаний человека, находящегося в чрезвычайнотрудной жизненной ситуации, на экстремальные и кризисные состояния весьма условно [19].

С.В. Духновский в своих работах считает наиболее перспективным рассматривать кризис с точки зрения его нормативности и ненормативности.

Нормативные кризисы представляют собой события, происходящие в определенном возрасте и имеющие определенное содержание (например, возрастные кризисы). **Ненормативные кризисы** – это особые события, нетипичные индивидуальные, непредсказуемые. Соматическое заболевание – частный случай ненормативного кризиса [10].

В разделе семейной психологии Н.И. Олифинович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента выделяют тяжелую болезнь одного из членов семьи как ненормативный кризис [21].

Эмпирически любое событие, создающее потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей, прежде всего «в самоактуализации» (В.В. Бочаров и др., 2010) и от которого нельзя уйти в короткое время, используя привычные способы, способно привести к кризису. Р.А. Ахмеров предложил три вида биографических кризисов личности: кризис нереализованности, кризис опустошенности, кризис бесперспективности [54].

1. *Кризис нереализованности* имеет место тогда, «когда по тем или иным причинам человек слабо представляет связи событий своей жизни... не видит или недооценивает свои достижения или успехи, в своем прошлом не видит достаточно существенных событий, полезных с точки зрения настоящего и предстоящего» [54].

2. *Кризис опустошенности* возникает в ситуациях, когда в субъективной картине жизненного пути слабо представлены связи, ведущие от прошлого в настоящее и будущее [54].

3. *Кризис бесперспективности* характерен для ситуаций, в которых по тем или иным причинам в сознании слабо представлены проекты, планы, мечты о будущем[54].

Для понимания сущности кризиса, какие именно противоречия нарушили баланс жизни, А.А. Быканова предлагает их следующую теоретическую классификацию:

1. «Противоречие между жадой жизни и её обновлением».
2. Конфликт между старым и новым (сюда относятся противоречия между субъективными замыслами преобразования мира и объективной нереальности их воплощения «здесь и теперь»).
3. Противоречие в нравственных убеждениях одного и того же человека.
4. Неопределённость, двойственность взаимоотношений, неудовлетворённость в общении и взаимопонимании»[25].

В случае заболевания, несущего выраженную витальную угрозу, центральной психологической задачей разрешения кризиса будет «интенсивная внутренняя душевная работа, связанная с переоценкой и переосмыслением жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла» [27].

Ситуация онкологического заболевания обладает всеми признаками, характерными для кризисных и экстремальных ситуаций: внезапностью возникновения ситуации, наличием витальной угрозы, разрушением картины мира, отсутствием контроля над происходящим, неопределённостью будущего, стадийностью протекания реакций на заболевание. Для ситуации онкологического заболевания свойственны и специфические признаки, дополняющие общие: полиэтиологичность заболевания, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, отсутствие гарантий выздоровления, изменение социального статуса и материального положения [2].

Общим для экстремальных и кризисных ситуаций является то, что они сопровождаются переживаниями, предельными по своей интенсивности. В этой связи в них всегда существует опасность психической травмы. При травме информация извне, а в ситуации онкологического заболевания – это диагноз рака – оценивается личностью как непереносимая для существования. Внешняя травма трансформируется во внутреннюю «самотравмирующую» силу [18, 31]. В результате этого психическая жизнь человека редуцируется.

Выделяют следующие компоненты переживания кризиса:

1. *Эмоциональный компонент* является наиболее выраженным в кризисном состоянии.

2. *Когнитивный компонент* проявляется в неспособности человека самому найти выход из создавшейся ситуации (Я не знаю, что мне делать)

3. *Мотивационный и поведенческий компоненты.* В кризисном состоянии человек теряет важные смысловые ориентиры. В некотором смысле, глубокая апатия – это естественная реакция на потерю этих ориентиров. Человек испытывает ощущение хаоса, раздробленности, «потери себя», он может чувствовать себя неадекватным или даже психически ненормальным [29].

Кризис необходим для личностного роста, если только он воспринимается как определенное испытание, как ступень, оперевшись на которую можно увидеть новые горизонты, перспективы жизни. Под влиянием усиленных нагрузок формируются нормы социально – психологической адаптации [10].

1.2. Особенности кризисного переживания онкобольных

Онкологическое заболевание относится к особому классу ситуаций, с которыми личность сталкивается в своей жизни – критическим жизненным ситуациям (Н.В. Волкова, 2005; В.В. Бочаров, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова,

А.М. Ялов, 2010; В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева, 2010; Т.Д. Василенко, 2011 и др.) [5]. Сточки зрения современной клинической психологии, онкологическое заболевание относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как имеет свойственные таким ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, отсутствие контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира [56, 57].

Онкологическое заболевание обнажает саму суть жизни личности, проявляя те экзистенциальные задачи, которые не видны в обычной жизни. В первую очередь, больной сталкивается с угрозой *его собственной жизни*. Тяжелое соматическое заболевание вызывает чувство глубинного ощущения одиночества. У больных разрушается иллюзия справедливого устройства мира. Человек теряет смысл существования. Перед больным возникают вопросы ответственности за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Духовные проблемы не всегда осознаются человеком, но они придают его переживаниям особенно мучительный оттенок. Онкозаболевания рака молочной железы (как наиболее распространенного среди женщин) приносят в жизнь женщины дополнительные стрессы [59]. Это обусловлено не только страхом перед болезнью, возникновением угрозы жизни, крушением жизненных планов, но и необходимостью подвергнуться калечащей операции. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение. Вследствие этого, рак молочных желез сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением пациенток, приводящим к различным психологическим и нервно-психическим расстройствам. Нарушается социально-психологическая адаптация заболевшей женщины и, как следствие, отмечается частая невротизация больных онкологией [36, 40, 60].

Все описанное выше сопровождается негативными переживаниями: страхом, тревогой, стыдом, обидой, беспокойством, чувством вины, которые являются проявлением страдания.

На фоне интенсивных отрицательных эмоций у онкобольных женщин, страдающих различными формами рака, наблюдается изменение познавательных процессов: трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти. Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений. На соматическом уровне появляется ощущение физической слабости, физического истощения, чувство стеснения в горле, одышка с ощущением нехватки воздуха, прерывистое дыхание со вздохами [6, 30, 36].

Таким образом, болезнь проявляется на всех уровнях существования человека.

- *соматическом* – нарушением функционирования органов и систем;
- *эмоциональном* – проявлением негативных эмоций: страха, тревоги, гнева, обиды, злости и других;
- *психологическом* – нарушением отношений к самому себе и ко окружающим;
- *социальном* – изменением социального статуса и социальных связей;
- *духовном* – переживанием конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни [15, 63].

Болезнь захватывает человека целиком, и выделенные уровни проникают друг в друга.

Независимо от локализации патологического процесса в организме, онкозаболевание становится с психотравмирующим событием в жизни женщины. Поэтому исследование реагирования пациента на заболевание сводится к проблеме взаимодействия личности и болезни [42, 43].

Адаптацию к заболеванию вообще, к онкологическому, в частности, определяет отношение к болезни [42]. **Отношение к болезни** – это интегративная личностная характеристика человека в ситуации заболевания, которая формируется в процессе болезни и лечения и состоит из различных элементов. Одним из таких элементов отношения к болезни является внутренняя картина болезни. **Внутренней картиной болезни** называется «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Это понятие ввел Р.А. Лурия (1935)[15, 35, 58].

Внутренняя картина болезни описывает целостное восприятие пациентом своего заболевания, переживаемое им сознательно и бессознательно на всех уровнях – сенситивном, когнитивном, эмоциональном и поведенческом. **Сенситивная** сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) связана с локализацией болей и других неприятных ощущений, их интенсивностью и т.п. **Интеллектуальная** сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях. **Эмоциональная** сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия. **Волевая** сторона болезни (мотивационный уровень, определяющий актуальное поведение) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [15, 35, 42]. Концепция В.Н. Мясищева рассматривает ситуацию заболевания и всестороннее восприятие пациентом своего заболевания как возникновение

нового отношения – отношения к болезни, влияющего на всю систему отношений, а значит, и влияющего на личность больного. Отношение к болезни, как и любое отношение, обладает сущностными свойствами: оно целостно, активно, сознательно и избирательно (В.Н. Мясищев, 1998)[54, 58].

Таким образом, **внутренняя картина болезни** представляет собой разнообразные грани субъективной стороны заболевания.

Психологические исследования, касающиеся типологии отношения личности к болезни при онкологическом заболевании, представлены единичными работами, которые отталкиваются от классификации, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1977)[36].

Понимание типа реагирования на онкологическое заболевание позволяет выстроить взаимодействие онкопсихолога и пациента.

Типология реагирования на заболевание А.Е.Личко и Н.Я. Иванова («Медико-психологическое обследование соматических больных») включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.

Таблица 1. – Типы психологического реагирования на заболевание

N п/п	Тип реагирования	Описание
Блок 1. Нарушения адаптации не происходит		
1	Гармоничный	Характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе происходит сосредоточение внимания, забот,

		интересов на судьбе близких, своего дела.
2	Эргопатический	Характерен "уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.
3	Анозогнозический	Характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами. Это психологическая защита для больного.
Блок 2. Наличие психической дезадаптации		
4	Тревожный	Характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги).
5	Ипохондрический	Характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур).
6	Неврастенический	Характерно поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах

		лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.
7	Меланхолический	Характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
8	Эйфорический	Характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само все обойдется". Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
9	Апатический	Характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
10	Обсессивно-фобический	Характерная тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
11	Сенситивный	Характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятность отношения с их стороны в связи с этим.
12	Эгоцентрический	Характерен "Уход в болезнь", выставление напоказ

	кий	близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся "на себя". В других, также требующих внимания и заботы, видят только "конкурентов" и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
13	Паранойяльн й	Характерна уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
14	Дисфорически й	Характерно тоскливо-озлобленное настроение. Это обвиняющий тип реагирования. Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить врачу выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет врачу лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния.

Совокупность компонентов внутренней картины болезни формирует широкий спектр психологических реакций онкологического больного на заболевание.

Больные, переживающие ситуацию заболевания как экстремальную, отмечают изменение жизни в связи с заболеванием, им требуется напряжение всех внутренних сил, чтобы «удержать эту жизнь». При этом жизнь часто воспринимается как рутинная последовательность событий с неизвестным концом, значение которого прояснится с течением времени, лечебная терапия «еще одна из проблем», свалившаяся извне, «но жизнь продолжается». Больные живут надеждой, что «все образуется, главное перетерпеть», надо «полечиться, решить проблемы со здоровьем, и

все нормализуется». Находясь в экстремальной ситуации, человек ощущает ее как чрезвычайно сложную и трагичную, которую нужно «перетерпеть, пока что-нибудь не изменится». Попытки жить привычной жизнью, удержаться за «старое» в изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации приводят к увеличению напряжения, которое люди не всегда могут выдержать. Это может проявляться в «сломе», дезадаптации, выражающейся в фиксации на болезненных переживаниях, депрессии, суициде[44].

Этапы переживания кризиса при онкологическом заболевании представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Этапы переживания кризиса при онкологическом заболевании

Фаза	Стадия	Психологическая задача	Проявляемые чувства	Тип реагирования
I	Психологический шок	Потеря чувства безопасности Состояние безвыходности, тупика	Внутреннее чувство – страх. Внешнее проявление растерянность, паника, отчаяние.	-
	Отрицание	Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания, в виде отрицания злокачественного характера заболевания или вытеснения мыслей о заболевании.	Глубоко подавляемое неосознаваемое чувство – страх. Внешне проявляемое чувство спокойствие, небольшое волнение.	Анозогностический тип
	Агрессия	Признание серьезности ситуации. Поиск причины болезни. Обвинение окружающих	Преобладающее, часто не осознаваемое чувство – страх.	Дисфорический тип

	и жизненные обстоятельства в возникновении болезни.	Проявляемые чувства – гнев, злость, обида.	
Депрессия	Осознание серьезности ситуации. Поиск причины болезни. Больной занимается самообвинением и самобичеванием. Могут появиться суицидальные мысли. Снижение эмоционального напряжения для перехода к след.стадии	Преобладающее, часто не осознаваемое чувство – страх. Проявляемые чувства – депрессия, тревога, чувство вины, стыд.	Депрессивный тип
Торг с судьбой	Снижение эмоционального напряжения и у больного появляется мотивация к излечению. Поиск способов и путей избавления от болезни (традиционных и нетрадиционных).	Страх и надежда	Неврастенический
Принятие болезни	Происходит принятие себя как больного человека. Формируется новая идентичность «Я – больной», что позволяет ответственно лечиться. Психологический баланс восстанавливается. Переживания являются особым видом душевной работы, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить, приобретается новый жизненный опыт.	Страх, надежда, смирение	Запуск адаптационных механизмов

<p>II (Для пациентов, переживающих онкозаболевание как экстремальную ситуацию – адекватное разрешение)</p>	<p>Адаптация к заболеванию, пациент учится жить в условиях болезни. В этот период пациент обращается как к внешним ресурсам (семья, друзья, врачи, сослуживцы), так и к внутренним (надежда, желание жить), охотно учится новым техникам саморегуляции.</p>	<p>Надежда, желание жить</p>	<p>Гармоничный</p>
<p>III (Для пациентов, переживающих онкозаболевание как кризис)</p>	<p>Изменение и реконструкция личности. Переосмысление и переоценка жизненных ценностей, целей, жизненного смысла. У больного появляется способность переживать и преодолевать жизненные трудности, и это создает предпосылки для личностного роста.</p>	<p>Желание жить</p>	<p>Гармоничный</p>

Таким образом, в зависимости от стадии принятия болезни меняются психологические реакции. На каждой стадии решаются свои психологические задачи.

1.3. Возможности психологического консультирования как помощь онкобольным

Практические подходы в области психотерапевтического консультирования на разных этапах онкологического заболевания начали формироваться с середины прошлого века. Основными направлениями работы психосоциальных служб в Англии, Германии, Японии, Польше стали духовные и экзистенциальные потребности пациентов на разных этапах – от

профилактики онкологических заболеваний до смерти [62]. Эффективность психотерапевтического консультирования онкологических пациентов, доказанная в мировой практике, получает подтверждение в практической работе российских психологов, работающих с онкологическими случаями. Исследования женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, показали нехватку эмоциональной поддержки врачей во время лечения и психологической помощи онкопсихологов [50]. Andersen, Spiegeletal обнаружили, что женщины, имеющие метастазы в различные органы, получающие психологическую поддержку в течение 12 месяцев, жили на 18 месяцев дольше контрольной группы [69, 70].

Психологическое сопровождение родственников и близких пациента, а также врачей и персонала учреждения, считается не менее важным.

Формы работы онкопсихолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Целью консультирования в онкопсихологии является адаптация к изменениям в жизни женщин, связанным с тяжелым заболеванием, то есть воссоздание картины жизни, поиск ресурсов и контроль над психической травмой.

Обычно разделяют такие этапы заболевания, как профилактика, постановка диагноза, лечение, восстановление, ремиссия, рецидив, паллиативная и терминальная стадии. Особенности работы существуют на каждом этапе заболевания пациента. Каждый этап заслуживает особого рассмотрения.

В период онкопрофилактики может применяться аутогенная тренировка, методы поведенческой психотерапии. В начальный, диагностический период, когда больные женщины испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяжелых случаях рекомендуется гипнотерапия. В период сложных переживаний онкологических больных

перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности, в успех лечения[16, 36, 45].

В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному, вселение надежды[16, 36]. Общим для консультирования онкологических пациентов-женщин является факт осознания близости собственной смерти. Переживание такого осознания зависит от особенностей личности пациента и стадии адаптации к заболеванию, на которой он находится. Одни замещают, другие вытесняют, третьи сопротивляются. Четвертые принимают. В любом случае, работа онкопсихолога связана с такой неперемнной составляющей цикла жизни, как смерть. Умение сохранять эффективность работы в среде, насыщенной переживанием страха смерти, боли и потери близких требует особых навыков и специальной подготовки психологов. С глубинных уровней страх вырывается на поверхность, в системе иерархий психических структур занимает ведущее место и, не встречая противодействия надежды и веры, полностью завладевает системой. Результатом этого является «сужение» во всех сферах деятельности, жизнедеятельности в том числе. Гормоны страха, набор которых включает кортикостероиды, вызывают паралич иммунных реакций. Возвращение хотя бы первичной надежды (появление другого человека или дела взамен утерянного) замедляет развитие процесса[16, 36].

Работу онкопсихолога можно описать как поиск ресурсов.

Отношение больного к психологической помощи:

Изучения отношения к проведению психотерапевтического лечения пациентов с различными локализациями и стадиями опухолевого процесса, различного пола и возраста, можно выделить следующие типы отношения:

1. *Гармонический* с высокой мотивацией к лечению – больные сознают наличие у себя тяжёлого и опасного для жизни заболевания, строят своё поведение соответственно ситуации и активно пытаются противодействовать болезни всеми имеющимися у них возможностями, в т. ч. и с помощью психотерапевтического лечения. Систематический контакт с психотерапевтом, как правило, поддерживается и после выписки из стационара.

2. *Формально гармонический* – пациенты осознают наличие у себя тяжёлого и опасного для жизни заболевания, строят своё поведение соответственно ситуации, но с определённым недоверием (непониманием) относятся к тем методам, которые не укладываются в их представления о традиционном лечении онкологических заболеваний. Психотерапевтическое лечение принимается, однако необходима постоянная поддерживающая внешняя мотивация в его отношении.

3. *Апатически-анозодисфорический* – зная, что тяжело и серьёзно больны, пациенты тем не менее проявляют безразличие к своей болезни, судьбе, результатам лечения и пассивно подчиняются всем проводимым процедурам и мероприятиям. Психотерапевтическая помощь также не отвергается, но и заинтересованно не принимается, как и всё остальное лечение.

4. *Анозогнозический* – пациенты заявляют, что больны каким-либо другим заболеванием (туберкулёзом, мастопатией, эрозией слизистой пищевода и т. д.) и в онкологическом стационаре находятся и получают специфическое лечение тоже в связи с этим другим заболеванием. Явное противоречие с реальностью их не смущает. Психотерапевтическая помощь категорически не принимается из-за её «ненужности»[20].

Значение вариантов отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями необходимо для выработки тактики индивидуального психотерапевтического вмешательства у конкретного пациента, подбора его наиболее оптимальных индивидуальных вариантов.

В работе с онкологическими пациентами онкопсихолог использует разнообразные методы психологического консультирования и психотерапии.

Опираясь на многолетний опыт практикующих онкопсихологов, описывающих свои подходы в различных научных изданиях, можно сделать вывод об общей стратегии подхода к оказанию психологической помощи женщинам, страдающим онкологией:

1. Психологическая работа с симптомами (боль, тошнота, рвота) и психокоррекция психогенных расстройств.
2. Психотерапия как целительство.
3. Переосмысление своей жизни, изменение отношения к заболеванию[20].

Прекрасно зарекомендовал себя метод иммагинативной телесноориентированной психотерапии, разработанный в 1988 году д.м.н. Вольфгангом Лешем[26, 32]. В ее основе лежит интеграция нескольких подходов: психосоматический подход, медицинская психология, методики функционального расслабления, метод визуализации, телесноориентированный подход, аутогенная психотерапия и т.д. Поскольку данный метод требует серьезной многолетней практики, в нашем исследовании мы опирались на фундамент вышеописанного подхода – телесноориентированную психологию.

Понимание генезиса психосоматического заболевания определяет основные принципы его лечения. Особенностью тяжелых психосоматических состояний, в частности онкологических заболеваний, является нарушение рефлексивной интроспекции эмоционального состояния пациента, а также нарушение важнейшей функции символаобразования. Вследствие этого

использование вербальных техник классического психоанализа затруднено. Единственным доступным языком выражения своего эмоционального состояния является язык тела. Определенным фактором является естественная фиксация внимания онкологических больных на теле и телесных ощущениях. Телесно – ориентированная психотерапия внесла огромный вклад в помощь соматических и психосоматических больных. Этот метод базируется на важности «телесных привычек»[3].

Известие об онкологическом диагнозе – это всегда стресс. На сильный стресс или травму мозг отвечает активацией симпатической ветви автономной нервной системы и таким образом делает тело способным реагировать. Данная активация регулируется гормонами гипоталамуса и лимбической системы. Это подготавливает организм к ответу на стрессор/угрозу. Если действие стресса или травмы пролонгированы (человек длительно пребывает в ситуации стресса), то может произойти активация парасимпатической ветви автономной нервной системы. А это уже может повлечь за собой довольно серьезные проблемы со здоровьем. Длительно переживаемый стресс или серия событий не проходят бесследно, нервная система уже не может вернуться в нормальное состояние. А все психоэмоциональное напряжение фиксируется в мышечной памяти. Специалист по телесно-ориентированной психотерапии, опираясь на знаниях о соответствии мышечных зажимах и непрожитых эмоциональных реакциях делает вывод о психосоматических проблемах. С помощью специальных техник (невербальных и вербальных) телесный практик расслабляет мышечные зажимы и помогает справиться с психосоматическими проблемами. Применение телесно-ориентированной психологии в данном случае оправданно[3].

Второй важной составляющей метода имагинативной телесно-ориентированной психотерапии является символдрама или кататимно-имагинативная психотерапия («сновидения наяву»). Основу метода составляет свободное фантазирование при глубоком расслаблении. Метод

базируется на концепции классического психоанализа, теории объективных отношений М. Кляйн, эго-психологии З.Фрейда, психологии «Я» Х. Хартманна, «Self-Psychology» Х. Кохута и их последующая разработка в трудах Ш. Ференци, М. Балинта, Э. Эриксона, Р. Шпица, Д.В. Винникота, М. Малер, О. Кенрберга, И. Лихтенберга[32].

Пациент, находясь в состоянии глубокого расслабления, в сопровождении психотерапевта разрабатывает стратегию преодоления своего заболевания через символы, которые приходят во время расслабленного состояния. Важную роль в этом методе играет визуализация. Данный этап работы смещает фокус внимания с темы работы с телом, преодоления болевых и сопутствующих симптомов, на тему преодоления болезни.

Применение данных техник основано на принципах развития осознания, самоконтроля, саморегуляции[1, 32, 61].

Переосмысление своей жизни, отношения к болезни возможно с помощью применения каузометрической методики, а также с помощью проективного метода метафорических ассоциативных карт (МАК). Метафора имеет древнегреческие корни и означает «перенос», «переносное значение». В основе работы МАК лежат принципы проекции и идентификации. Проекция позволяет пациенту увидеть то, что скрыто от него самого, а идентификация позволяет вовлечь его в консультативную беседу, в которой пациент идентифицирует себя с героем или объектом карты и внутренне начинает искать пути решения задачи, переосмысляя попутно отношение к проблеме. Это становится очень важным, так как люди, столкнувшиеся с тяжелым соматическим заболеванием, нуждаются в рефлексии. МАК максимально быстро позволяют провести диагностику психоэмоционального состояния человека, переместить проблему из «внутреннего поля» во внешнее. При этом дистанцирование от переживаемого опыта позволяет онкопациенту взглянуть на свою жизнь с ресурсной позиции, запускает внутренние процессы осознания и поиска своего уникального пути выхода из кризиса[17, 23].

Выводы по Главе 1

Анализ научной литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Рассмотрено понятие «кризиса», его особенности и типология. Между экстремальными и кризисными ситуациям имеются различия. Если экстремальная ситуация – это чрезмерное давление на человека внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности, то кризисная ситуация – переломный момент в развитии личности, при котором происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности.

2. Все авторы, изучающие работу психолога с онкологическими больными, пишут о том, что ситуация онкологического заболевания обладает всеми признаками кризисных и экстремальных ситуаций: внезапностью возникновения ситуации, наличием витальной угрозы, разрушением картины мира, отсутствием контроля над происходящим, неопределенностью будущего, стадийностью протекания реакций на заболевание. Для ситуации онкологического заболевания свойственны и специфические признаки, дополняющие общие: полиэтиологичность заболевания, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, отсутствие гарантий выздоровления, изменение социального статуса и материального положения.

3. Для того, чтобы выстроить взаимодействие онкопсихолога и пациента, необходимо понимание реагирования больного на онкозаболевание. Рассмотрено 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.

4. Описаны 3 фазы принятия онкозаболевания, в структуре которых выделяются 6 стадий (шок, отрицание, агрессия, депрессия, торг с судьбой, принятие болезни). В зависимости от стадии принятия болезни меняются психологические реакции. На каждой стадии решаются свои психологические задачи.

5. Целью консультирования в онкопсихологии является адаптация к изменениям в жизни женщин, связанным с тяжелым заболеванием, то есть воссоздание картины жизни, поиск ресурсов и контроль над психической травмой. Работа психолога – это поиск ресурсов.

6. Описано применение телесно-ориентированной психотерапии, «сновидений наяву», техники метафоро-ассоциативных карт для работы психолога с женщинами, страдающими онкозаболеванием.

ГЛАВА II. Экспериментальное исследование специфики оказания психологической помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

Исследование проводилось посредством проведения индивидуальных консультаций в г. Красноярске. Частично консультации проводились с применением онлайн-технологий вследствие осложнения эпидемиологической ситуации в мире.

Общую выборку исследования составили 7 женщин в возрасте 25-45 лет, переносящих различные формы онкологического заболевания.

Придерживаясь точки зрения современной клинической психологии о том, что онкологическое заболевание относится к экстремальным и кризисным ситуациям, актуальным становятся исследования оценки степени переживания кризиса, кризисного профиля пациента, диагностика психологического реагирования на болезнь, прогноз возможного переживания кризисной ситуации, а также субъективное самоощущение целостности и осмысленности индивидом своего бытия в ситуации проживания тяжелого соматического заболевания.

В рамках исследования психологического консультирования как формы помощи женщинам, страдающим онкологическим заболеванием, применялись следующие методики.

1. Для диагностики **типов психологического реагирования** на тяжелое соматическое заболевание применялась *методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни)*. Методика позволяет диагностировать двенадцать типов отношения к соматическому заболеванию, которые собраны в три блока на основании двух критериев: «адаптивность–дезадаптивность» (отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного) и

«интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

I блок: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Характерно: психическая и социальная адаптация существенно ненарушается.

II блок: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения. Характерно: нарушение социальной адаптации вследствие интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь. Дезадаптивное поведение выражается в реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п.

III блок: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения. Характерно: нарушение социальной адаптации происходит вследствие интерпсихической направленности личностного реагирования на болезнь. Наблюдается сенсibilизированное отношение к болезни, которое зависит от преморбидных особенностей личности. Дезадаптивное поведение больных выражается в том, что они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

2. Для исследования и выявления **оценки степени переживания кризиса, кризисного профиля и его характеристик, определение прогноза возможного переживания кризиса** личностью использовалась методика «*Переживание кризиса личностью (ППК)*» С.В. Духновского

Назначение методики – выявление выраженности ситуационных реакций, проходящих на непатологическом уровне и связанных с

возникновением психологического кризиса, а также уровня психологической устойчивости личности [11, 12].

Методика содержит семь основных шкал и одну вспомогательную шкалу:

1. Шкала «Реакция эмоционального дисбаланса» (Эд).

Высокие оценки: фрустрация; высокая эмоциональность; в психическом состоянии отмечается склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных обстоятельств; на глубинно-психологическом уровне подавление потребностей в любви и привязанности, в отстаивании собственной позиции; дисгармоничные межличностные отношения.

Низкие оценки: низкая эмоциональность субъекта; благоприятное психологическое состояние, удовлетворение глубинно-психологических потребностей; гармоничные межличностные отношения.

2. Шкала «Пессимистическая ситуационная реакция» (Пс).

Высокие оценки: мрачная окраска мировоззрения; снижение самооценки; низкий темп; в психическом состоянии отмечается снижение эмоциональной устойчивости; повышение раздражительности; дисгармоничные межличностные отношения.

Низкие оценки: позитивность мировоззрения; высокий темп как свойство темперамента; ровный положительный эмоциональный тон; гармоничные межличностные отношения.

3. Шкала «Реакция отрицательного баланса» (Об).

Высокие оценки: рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизни. Наличие внутренних конфликтов, объективно не разрешимых; высокая эмоциональность и импульсивность; дисгармоничные межличностные отношения.

Низкие оценки: жизнерадостность; низкая эмоциональность и импульсивность; гармоничные межличностные отношения.

4. Шкала «Реакция демобилизации» (Дм).

Высокие оценки: изменения в сфере контактов. Отказ от привычных контактов или значительное их ограничение; низкая энергичность; в психическом состоянии отмечается пониженное, печальное настроение, уныние; дисгармоничные межличностные отношения с выраженной отчужденностью.

Низкие оценки: включенность в различные виды совместной деятельности; стремление быть среди людей; высокая энергичность; бодрое настроение.

5. Шкала «Реакция оппозиции» (Оп).

Высокие оценки: грубость, протестность, агрессивность; пассивное отношение к жизненной ситуации; пониженное печальное настроение, уныние; выражена отчужденность, стремление дистанцироваться от других людей.

Низкие оценки: добродушие; есть готовность к преодолению препятствий, вера в свои возможности; выражено желание действовать.

6. Шкала «Реакция дезорганизации» (Да).

Высокие оценки: тревожность, низкая энергичность и высокая эмоциональность; усталость, несобранность, вялость; межличностные отношения носят дисгармоничный характер с выраженной напряженностью во взаимодействии с другими людьми.

Низкие оценки: уверенность в своих силах и возможностях, низкая тревожность, высокая энергичность и низкая эмоциональность.

7. Шкала «Психологическая устойчивость» (Пу).

Высокие оценки: высокий уровень психологической устойчивости, вера в себя, в свои возможности, высокая энергичность; переживания благополучия, позитивная самооценка, уверенность в своих силах.

Низкие оценки: Низкий уровень психологической устойчивости. Отсутствие личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса (как нормативного,

так и ненормативного). Низкий и пониженный уровень благополучия личности.

8. Шкала «Положительный – отрицательный образ себя» (вспомогательная), позволяющая определить критичность самооценивания обследованного.

«Кризисный профиль» определяется соотношением показателя «Индекс ситуационного реагирования», определяющего величину кризисной нагрузки субъекта и показателя «Психологическая устойчивость», определяющего наличие (отсутствие) личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного (деструктивного) преодоления кризиса.

Методика позволяет выявить девять типов «кризисного профиля» интегральной индивидуальности субъекта:

1. Деструктивное переживание острого кризиса с неблагоприятным прогнозом.
 - повышенный индекс ситуационного реагирования от 56 Т-баллов и выше,
 - низкий показатель психологической устойчивости личности до 45Т-баллов.
2. Переживание острого кризиса с благоприятным прогнозом.
 - повышенный индекс ситуационного реагирования от 56 Т-баллов и выше,
 - умеренный показатель психологической устойчивости личности от 46-54 Т-баллов
3. Конструктивное переживание острого кризиса с благоприятным прогнозом.
 - повышенный индекс ситуационного реагирования от 56 Т-баллов и выше,
 - высокий показатель психологической устойчивости личности до 56 Т-баллов и выше
4. Деструктивное переживание кризиса с неблагоприятным прогнозом.
 - средний индекс ситуационного реагирования от 46 до 55 Т-баллов,
 - низкий показатель психологической устойчивости личности до 45 Т-баллов.

5. Переживание кризиса с неопределенным прогнозом.

- средний индекс ситуационного реагирования от 46 до 55 Т-баллов,
- умеренный показатель психологической устойчивости личности от 46 до 54 Т-баллов

6. Конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом.

- средний индекс ситуационного реагирования от 46 до 55 Т-баллов,
- высокий показатель психологической устойчивости личности 56 и выше Т-баллов.

7. Психологическое здоровье с благоприятным прогнозом.

- пониженный индекс ситуационного реагирования – до 45 Т-баллов и ниже,
- высокий показатель психологической устойчивости личности от 56 Т-баллов и выше.

8. Адаптация с благоприятным прогнозом.

- пониженный индекс ситуационного реагирования – до 45 Т-баллов и ниже,
- умеренный показатель психологической устойчивости личности от 46 до 55 Т-баллов

9. Истощение с неопределенным прогнозом.

- пониженный индекс ситуационного реагирования – до 45 Т-баллов и ниже,
- низкий показатель психологической устойчивости личности о 45Т- баллов.

Как следует из описания, на основе анализа данного показателя возможно сделать прогноз переживания тяжелого соматического заболевания (как частного случая кризисной ситуации).

3. Для исследования **субъективного самоощущения целостности и осмысленности индивидом своего бытия** использовали *опросник Шкала психологического благополучия К. Рифф(адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко).*

Методика включает шесть шкал (основных составляющих психологического благополучия):

1. Шкала «Наличие цели в жизни».

Испытуемый с высоким баллом по данной шкале имеет цель в жизни и чувство направленности; считает, что прошлая и настоящая жизнь имеет смысл; придерживается убеждений, которые являются источниками цели в жизни; имеет намерения и цели на всю жизнь.

Испытуемый с низким баллом лишен смысла в жизни; имеет мало целей или намерений; отсутствует чувство направленности, не находит цели в своей прошлой жизни; не имеет перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни.

2. Шкала «Положительные отношения с другими».

Респондент, набравший наименьший балл, имеет лишь ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: ему сложно быть открытым, проявлять теплоту и заботиться о других; в межличностных взаимоотношениях, как правило, он изолирован и фрустрирован; не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

Респондент, набравший наибольший балл, имеет удовлетворительные, доверительные отношения с окружающими; заботится о благополучии других; способен сопереживать, допускает привязанности и близкие отношения; понимает, что человеческие отношения строятся на взаимных уступках.

3. Шкала «Личностный рост».

Респондент с наибольшим баллом - обладает чувством непрекращающегося развития, воспринимает себя «растущим» и самореализовывающимся, открыт новому опыту, испытывает чувство реализации своего потенциала, наблюдает улучшения в себе и своих действиях с течением времени; изменяется в соответствии с собственными познаниями и достижениями.

Респондент с наименьшим баллом - осознает отсутствие собственного развития, не испытывает чувства улучшения или самореализации, испытывает скуку и не имеет интереса к жизни, ощущает неспособность устанавливать новые отношения или изменить свое поведение.

4. Шкала «Управление окружением».

Высокий балл — респондент обладает властью и компетенцией в управлении окружением, контролирует всю внешнюю деятельность, эффективно использует предоставляющиеся возможности, способен улавливать или создавать условия и обстоятельства, подходящие для удовлетворения личных потребностей и достижения целей.

Низкий балл характеризует респондента как человека, который испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, безрассудно относится к предоставляющимся возможностям, лишен чувства контроля над происходящим вокруг.

5. Шкала «Самопринятие».

Наибольший балл характеризует респондента как человека, который позитивно относится к себе, знает и принимает различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивает свое прошлое.

Респондент с наименьшим баллом - не доволен собой, разочарован событиями своего прошлого, испытывает беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желает быть не тем, кем он или она является.

6. Шкала «Автономия».

Высокий балл по данной шкале характеризует респондента как самостоятельного и независимого, способного противостоять попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом; самостоятельно регулирует собственное поведение; оценивает себя в соответствии с личными критериями.

Респондент с наименьшим баллом - зависит от мнения и оценки окружающих; в принятии важных решений полагается на мнение других; поддается попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом.

На основании научной литературы мы выделили критерии и уровни переживания кризиса женщинами в ситуации онкологического заболевания.

Таблица 3. – Критерии и уровни протекания кризиса у женщин в ситуации проживания онкологического заболевания

Критерии	Уровни			Методики
	Острый кризис	Умеренный кризис	Отсутствие кризисного состояния	
Адаптация/дезап- тация (интер/интрапсихи- ческая направленность дезадаптации)	Низкий уровень адаптивности; нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь.	Средний уровень адаптивности; умеренные нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь.	Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Тип отношения к болезни: гармоничный, эргопатический и анозогностический.	Методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни)
Кризисный профиль / психологическая устойчивость личности	Низкий уровень психологической устойчивости: отсутствие веры в себя; депривация самореализации, самоуважения, самоутверждения; отсутствие адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; пассивное отношение к жизненной ситуации.	Средний уровень психологической устойчивости: снижена вера в себя, снижены адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; снижено желание действовать: самооценка снижена; нарушены межличностные отношения.	Высокий уровень психологической устойчивости: вера в себя, удовлетворение в самореализации, самоуважении, самоутверждении; наличие адаптационно-компенсаторных способностей; высокая энергичность; удовлетворение жизнью, выражено желание действовать; позитивная самооценка; гармоничные межличностные отношения.	ППК С.В. Духновский
Психологическое благополучие личности	Низкий уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, разочарован событиями прошлого, недоволен собой, осознает отсутствие собственного развития, зависит от мнения и оценки окружающих.	Средний уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, сложности в организации повседневной жизни, снижено чувство контроля над происходящим.	Высокий уровень психологического благополучия: человек имеет цель в жизни, обладает чувством непрерывающегося развития, использует предоставляющиеся возможности, имеет доверит. отношения с окружающими, принимает все свои стороны.	Опросник Шкала психологическо- го благополучия К. Рифф(адаптация Т.Д.Шевеленков ой, П.П. Фесенко).

Ниже мы представляем обсуждение результатов исследования.

Результаты исследования типов психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание по методике ТОБОЛ

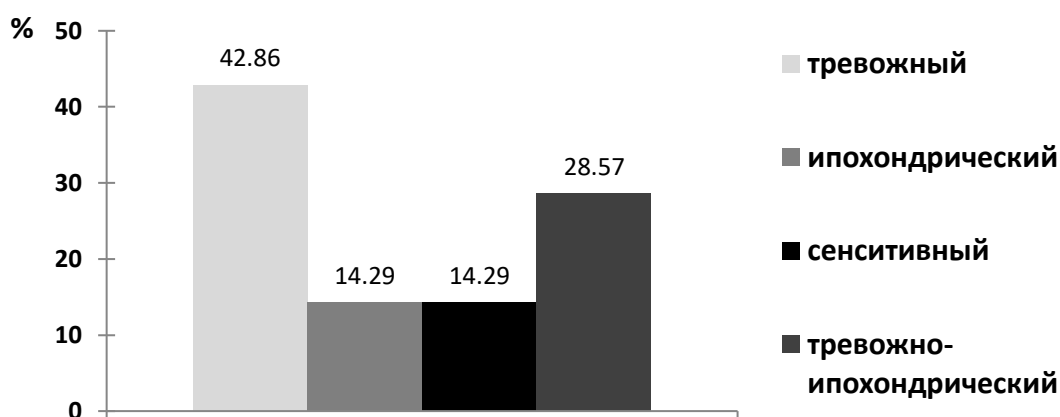


Рис 1. Частота распределения типов психологического реагирования на соматическое заболевание по методике ТОБОЛ (в %)

Большинство женщин (42,86%) реагировали на известие и переживание онкологического заболевания по тревожному типу. Для него характерен поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов", а также непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений. Смешанный тип реагирования на онкологическое заболевание (тревожный и ипохондрический) составил 28,57%. Ипохондрический и сенситивный составили по 14,29%. Для ипохондрического типа характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Для сенситивного – чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным

впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни.

В процессе консультативных встреч перед нами стояла задача помочь женщинам адаптироваться к новой реальности и как можно скорее выработать стратегию преодоления острой кризисной ситуации.

Результаты исследования кризисного профиля, степени переживания кризиса по методике ППК С.В. Духновского

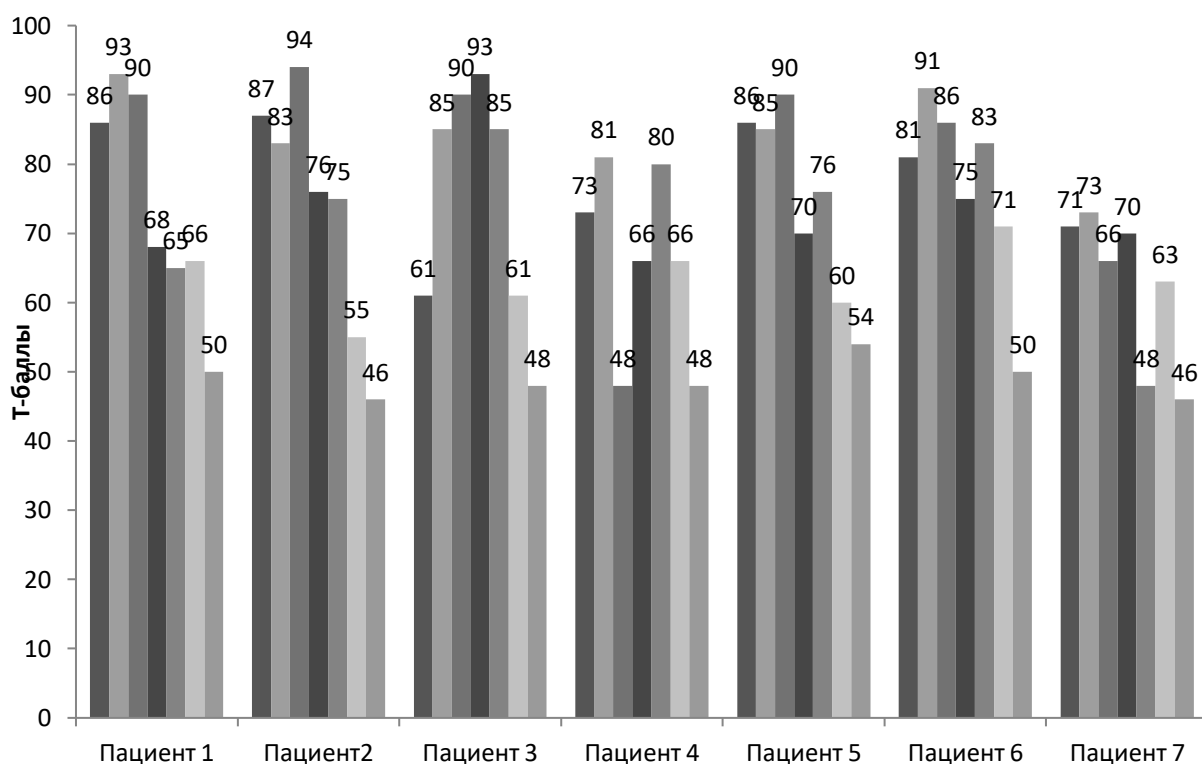


Рис 2. Распределение шкал переживания кризиса у женщин по методике ППК С.В. Духновского (в баллах)

- 1- Реакция эмоционального дисбаланса
- 2- Пессимистичная реакция
- 3- Реакция отрицательного баланса
- 4- Реакция демобилизации
- 5- Реакция оппозиции
- 6- Реакция дезорганизации
- 7- Психологическая устойчивость

Данные, представленные на рисунке 2, отражают различные психологические состояния у разных пациентов. Так, у пациента 1 преобладают высокие значения реакции эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции и реакции отрицательного баланса. Что дает преобладание отрицательных эмоций над положительными, фрустрацию, повышена утомляемость, астенизация, легко находится почва для эмоциональной реакции, импульсивность. Склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных обстоятельств. Снижение уровня оптимизма, низкий темп в работе, межличностные отношения напряжены.

У пациента 2 – преобладает реакция отрицательного баланса при высоких показателях реакции эмоционального дисбаланса и пессимистичных реакциях, заниженный уровень реакции дезорганизации. Это говорит о том, что у женщины преобладает высокий уровень критичности, склонность к подведению жизненных уроков, в сочетании с высокой эмоциональностью и импульсивностью.

У пациента 3 – превалирует реакция демобилизации при высоких показателях пессимистичной реакции, реакции отрицательного баланса и реакции оппозиции. Наблюдается изменение в сфере контактов, стремление к одиночеству, дистанции в отношениях, пессимистичная оценка происходящего, уныние.

У пациента 4 преобладают пессимистичные реакции и реакции оппозиции. У пациентки пессимистичная позиция, неверие в положительный исход.

У пациента 5 – реакции эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции и реакции отрицательного баланса.

У пациента 6 - пессимистические реакции, реакции отрицательного баланса и реакция оппозиции.

У пациента 7 - реакция эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции, реакции отрицательного баланса, реакция демобилизации, заниженный показатель реакции оппозиции.

У всех женщин наблюдается умеренно-выраженный уровень психологической устойчивости личности.

Результаты кризисного профиля женщин, переживающих онкологическое заболевание, по методике ППК С.В. Духновского

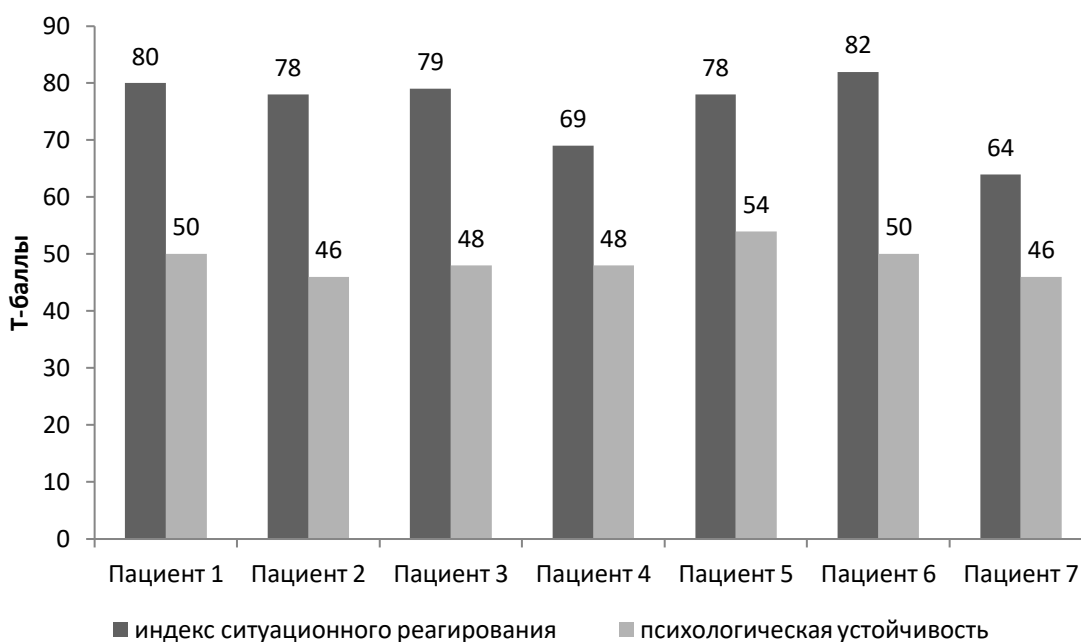


Рис 3. Кризисный профиль у женщин, переживающих онкологическое заболевание, по методике ППК С.В. Духновского

Как видно из представленных данных, все женщины находятся в стадии проживания острой кризисной ситуации (по С.В. Духновскому Индекс ситуационного реагирования больше 56, психологическая устойчивость 46-54). Переживание острого кризиса, обусловленное отношением субъекта с окружающей действительностью и с самим собой. Прогноз по данной методике у всех женщин благоприятный в силу умеренно выраженной психологической устойчивости и наличия, хотя и на среднем

уровне, адаптационно-компесаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса.

Результаты исследования психологического благополучия женщин, переносящих онкологическое заболевание по опроснику К.Риффа (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко)

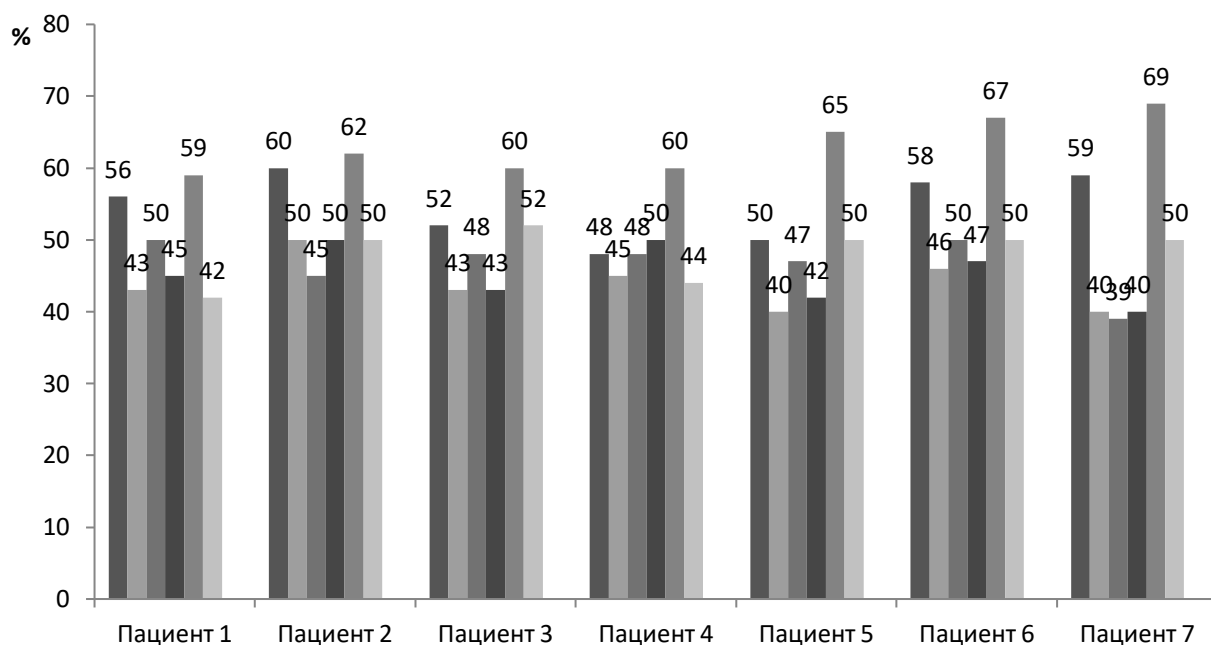


Рис 4. Распределение шкал психологического благополучия женщин, переносящих онкологическое заболевание, по методике К. Риффа (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко)

- 1- Позитивное отношение к другим
- 2- Автономия
- 3- Управление средой
- 4- Личностный рост
- 5- Цель в жизни
- 6- Самопринятие

Результаты исследования психологического благополучия женщин, переживающих тяжелое соматическое заболевание, по методике К. Рифф, показали низкие значения таких составляющих как «автономия», «управление средой», «личностный рост», «самопринятие». Люди с такими

показателями зависят от мнения и оценки окружающих, не довольны собой, разочарованы событиями прошлого, желают быть не тем, кем являются, лишены интереса к жизни, ощущают неспособность устанавливать новые отношения или улучшать свое поведение. Значение шкалы «позитивное отношение к другим» – наиболее близко к норме, что говорит о том, что не смотря на ограниченный круг общения, женщины имеют доверительные отношения с окружающими. Шкала «цель в жизни» наиболее выражена и имеет показатели выше нормы. Это говорит о том, что для женщин нашей выборки определяющим фактором является цель в жизни и чувство направленности, имеют убеждения, которые являются источниками цели в жизни. В личных беседах было уточнено, что основной целью для женщин является наличие детей.

Сводные данные по диагностическим методикам, полученные на первом этапе исследования, представлены в таблице 1 Приложения.

Обобщая результаты всех методик, на основе выделенных нами критериев и уровней протекания кризиса у женщин в ситуации онкологического заболевания, можно выделить три группы женщин с различной степенью глубины и остроты кризиса.

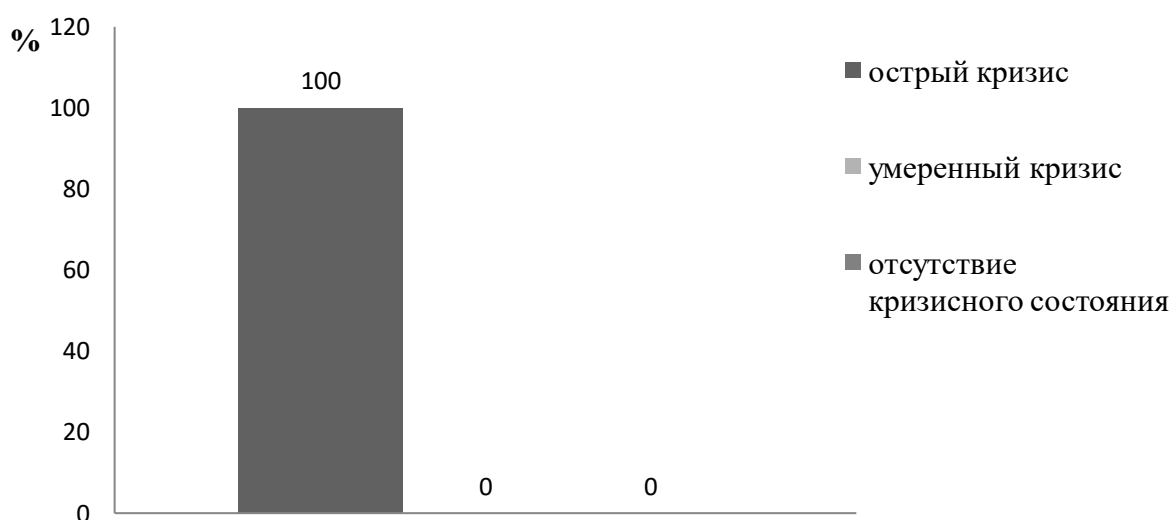


Рисунок 5. Итоговый уровень кризисного состояния женщин в ситуации онкологического заболевания (распределение в %)

Таким образом, острый или глубокий кризис характеризуется следующими показателями: низкий уровень адаптивности, эмоционального комфорта, самопринятия, нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь, Низкий уровень психологической устойчивости: отсутствие веры в себя; депривация самореализации, самоуважения, самоутверждения; отсутствие адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; пассивное отношение к жизненной ситуации; низкий уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, разочарован событиями прошлого, недоволен собой, осознает отсутствие собственного развития, зависит от мнения и оценки окружающих.

Умеренный кризис характеризуется следующими показателями: средний уровень адаптивности; умеренные нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь; средний уровень психологической устойчивости: снижена вера в себя, снижены адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; снижено желание действовать: самооценка снижена; нарушены межличностные отношения; средний уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, сложности в организации повседневной жизни, снижено чувство контроля над происходящим.

Отсутствие кризисного состояния определяется следующими показателями: Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Тип отношения к болезни: гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Высокий уровень психологической устойчивости: вера в себя, удовлетворение в самореализации, самоуважении, самоутверждении; наличие адаптационно-компенсаторных способностей; высокая

энергичность; удовлетворение жизнью, выражено желание действовать; позитивная самооценка; гармоничные межличностные отношения; высокий уровень психологического благополучия: человек имеет цель в жизни, обладает чувством непрекращающегося развития, использует предоставляющиеся возможности, имеет доверительные отношения с окружающими, принимает все свои стороны.

Делая выводы, отметим следующее:

1. Женщины нашей выборки, переживающие онкологическое заболевание, проявляют в большей степени тревожный тип реагирования на болезнь, а также смешанный тип реагирования – тревожно-ипохондриальный.

2. Показатель «цель в жизни», а именно наличие детей, является для женщин основным критерием успешного лечения и преодоления всех сложностей на пути к выздоровлению.

3. Все женщины находятся в ситуации острого кризиса, прогноз для всех благоприятный.

Таким образом, мы делаем вывод о том, что женщины, находящиеся в ситуации острого кризиса, переживая тяжелое соматическое заболевание, нуждаются в психологической помощи.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

Для проведения формирующего эксперимента были выбраны 7 испытуемых в ситуации острой кризисной ситуации, переживающие онкологическое заболевание. Кризисная картина каждой женщины сугубо индивидуальна. В связи с этим нами была выбрана индивидуальная работа с каждой клиенткой с применением набора техник.

Экспериментальная группа состоит из 7 человек. Общее количество консультативных встреч – 152.

Консультирование испытуемых проходило в кабинете психолога, а также частично в он-лайн режиме с применением скайп-технологий. После обсуждения результатов диагностики с каждой женщиной, была предложена психологическая помощь. С каждой испытуемой проводились консультативные встречи длительностью 1,5 часа один раз в неделю.

Для работы с женщинами были выбраны следующие основные техники:

1. Телесно ориентированная психотерапия. Все психоэмоциональное напряжение, непрожитые эмоциональные проблемы фиксируются в мышечной памяти. Телесный практик с помощью подобранного комплекса упражнений расслабляет мышечные зажимы и таким образом помогает справиться с психосоматическими проблемами.

2. «Сновидения наяву» («Визуализация»). Основу метода составляет свободное фантазирование при глубоком расслаблении. Данный метод необходим для построения стратегии преодоления болезни.

3. Работа с метафорическими ассоциативными картами. Данный подход максимально быстро позволяет провести диагностику психоэмоционального состояния человека, переместить проблему из «внутреннего поля» во внешнее. При этом дистанцирование от переживаемого опыта позволяет онкопациенту взглянуть на свою жизнь с ресурсной позиции, запускает внутренние процессы осознания и поиска своего уникального пути выхода из кризиса.

Схема консультативной сессии:

Этап I:

Количество встреч до 3.

Цель –установление контакта, прояснение истории клиента, формирование цели консультирования. Выработка навыков управления собственными эмоциями. Основные техники:

1. Расслабление с использованием музыкотерапии.

2. Применение МАК-карт с целью выслушивания клиента, определения психосоматики заболевания, определения стрессового фактора, предшествующего заболеванию - техника «Причины и последствия».

3. Психологическое просвещение о связи эмоций и физиологического состояния, о влиянии мыслей на эмоции и поведение.

4. Расслабление и снятие мышечных зажимов с помощью телесно ориентированного подхода (техника концентрированного расслабления по методике Джекобсона, проработка 7 «панцирей», упражнение «Труба», техника глубокого дыхания, техника расслабляющего дыхания, фиксация внимания на ощущениях тела).

Даются ответы на возникающие вопросы клиента.

Этап II:

Количество встреч 4-5.

Цель – идентификация и описание проблемы, включение клиента в настоящее, помощь в поиске места травматичного события в жизни клиента, помощь в избавлении от чувства беспомощности. Принятия болезни и выработка адаптивных стратегий борьбы со стрессами, которые она вызывает. Применяемые техники:

1. Расслабление и снятие мышечных зажимов с помощью телесно – ориентированного подхода (техника концентрированного расслабления по методике Джекобсона, проработка 7 «панцирей», упражнение «Труба», техника глубокого дыхания, техника расслабляющего дыхания, фиксация внимания на ощущениях тела).

2. «Направленное воображение» (визуализация) направлена на визуализацию зажимов, ощущений в теле, в состоянии расслабления; представить и нарисовать свою болезнь (можно в качестве домашнего задания) «Я и моя болезнь».

3. Упражнение «Карта моего тела» (с использованием метафорических карт с изображением природы «О природе, о погоде»).

4. Техника «Почему я болею?» (метафорические карты) направлена на исследование вторичной выгоды от болезни;

5. Техники гештальт-терапии для осознания себя в моменте «здесь и сейчас», принятия болезни («Развитие внутри мира», «Конечная цель и путь развития»).

6. Когнитивная терапия – ведение дневника для работы с иррациональными убеждениями (в течение 2-4-недель) - преодоление затаенных обид с целью приобретения способности адекватно выражать свои чувства и управлять своей жизнью, освобождения от стресса [48].

Этап III:

Количество встреч 5-6.

Цель – формирование стратегии преодоления тяжелого соматического заболевания. Применяемые техники:

1. Расслабление и снятие мышечных зажимов с помощью телесно – ориентированного подхода (техника концентрированного расслабления по методике Джекобсона, проработка 7 «панцирей», упражнение «Труба», техника глубокого дыхания, техника расслабляющего дыхания, фиксация внимания на ощущениях тела).

2. Когнитивная терапия – работа с неадаптивными когнициями (по материалам дневника).

3. «Направленное воображение» (визуализация) направлена на поиск стратегии преодоления заболевания через символы, приходящие в моменте расслабления. Рисунок «Я и моя цель».

4. Начало обучения работе клиента с симптомами. Создание положительных мыслительных образов (представление в воображении возвращения здоровья, жизненной силы и энергии).

На этапе II и III в качестве домашнего задания можно рекомендовать к просмотру фильмы, в которых герои успешно справляются с онкозаболеваниями («Виноваты звезды», «Сейчас самое время», «Третья звезда», «Жизнь прекрасна»), чтение терапевтических сказок

А.В. Гнездилова [7], позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкиана [38, 33].

Этап IV:

Количество встреч 5-6.

Цель – обучение клиента работе с симптомами, уменьшение боли и других неприятных ощущений в теле. Используемые техники:

1. Расслабление и снятие мышечных зажимов с помощью телесно – ориентированного подхода (техника концентрированного расслабления по методике Джекобсона, проработка 7 «панцирей», упражнение «Труба», техника глубокого дыхания, техника расслабляющего дыхания, фиксация внимания на ощущениях тела).

2. Техника МАК – «Работа с симптомами» направлена на определение доминирующего симптома, его значения для женщины и смысл, а также написание конкретного плана действия на ближайшие 3 месяца (в качестве домашнего задания);

3. «Интроспекция своего тела» направлена на работу с пораженными органами, гармонизацию, активизацию и усиление защитных функций.

4. Домашнее задание – написание конкретного плана действия на ближайшие 3 месяца для преодоления симптомов онкологического заболевания.

Этап V:

Количество встреч 1-2.

Цель – завершение контакта, получение обратной связи, формирование дальнейшей стратегии поведения клиента, а также позитивный эмоциональный настрой. Осмысление болезни, изменение системы ценностей в связи с новой жизненной ситуацией. Основные техники:

1. Упражнение «Река жизни» - для визуализации собственной жизни через призму метафор.

2. На данной консультации клиент озвучивает домашнее задание по планированию жизни на ближайшие 3 месяца, описывает свои планы на будущее.

Построенные таким образом сессии позволяют решить основные задачи:

1. Преодоление тревожности и страха вследствие выявленного заболевания.
2. Изменение отношения к заболеванию, лечению.
3. Повышение уровня психологического благополучия.

Ниже мы представляем анализ консультативных случаев. Содержание психологической помощи и количества встреч изменяется в зависимости от стадии развития заболевания, характера назначенной биологической терапии, психического состояния и личностных особенностей пациента.

Случай 1. Пациент 1, 42 года, рак слюнной железы, 1 ст.

Результаты диагностики.

Результаты диагностики показали преобладание высоких значений реакции эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции и реакции отрицательного баланса. Что дает преобладание отрицательных эмоций над положительными, фрустрацию, повышена утомляемость, астенизация, легко находится почва для эмоциональной реакции, импульсивность. Склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных обстоятельств. Снижение уровня оптимизма, низкий темп в работе, межличностные отношения напряжены. Клиентка находится в ситуации острого кризиса.

Снижены автономия, самопринятие, личностный рост, а как следствие – снижение психологического благополучия.

Тип реагирования на заболевание – тревожно-ипохондрический.

Запрос: «Не понимаю, почему это произошло именно со мной? Этого не может быть. Все валится из рук». Клиентку беспокоил страх за будущее, нарушение сна, невозможность сосредоточиться на работе.

На первом этапе консультирования были реализованы техники - беседа, наблюдение, изучение медицинской документации. Поддерживалась благоприятная доброжелательная атмосфера с использованием ненавязчивых музыкальных композиций. Применена техника метафорических карт «Причины и последствия» с целью выслушивания клиента, определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет. В результате работы выяснилось, что женщина считала свою жизнь достаточно благополучной, но сама не заметила, что уже несколько лет находится в состоянии хронического стресса и усталости. Ей самостоятельно пришлось обеспечивать семью материально, помогать родителям. Позволить себе отпуск пациентка не могла. Уделить время себе она не могла позволить. Ресурсы женщины были израсходованы.

В заключение первой встречи было проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. Также проинформировано о том, что в момент стресса возникает напряжение в области грудной клетки и дыхание становится прерывистым и неглубоким, а как следствие меньше кислорода и питательных веществ поступает в ткани и в мозг. С помощью телесных техник выявлены зажимы в области грудной клетки и области шеи. Упражнения и дыхательные техники на расслабление были продемонстрированы, а также данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации стресса или тревоги.

Женщина с большим желанием захотела продолжить консультативные встречи, т.к. «настало время разобраться в себе».

Каждая новая встреча начиналась с комплекса расслабляющих упражнений в рамках телесно ориентированной терапии. Учились прислушиваться к себе, какие эмоции возникают при расслаблении зажатых участков тела. После комплекса упражнений на второй встречи вводится пятиминутный медитативный компонент. Затем гармонично начинается основная работа с пациенткой.

В ходе второй встречи была проведена беседа о взаимосвязи эмоций и физиологического состояния, о влиянии мыслей на эмоции и поведение. Поскольку женщина занималась интеллектуальной работой и хорошо откликалась на рутинные методы диагностики и терапию, ей было предложено в качестве домашнего задания ведение дневника в течение 2 недель по отслеживанию потока мыслей на момент возникновения спусковых событий. Это было необходимо для выявления иррациональных глубинных убеждений.

Также на второй встрече была предложена методика «Карта моего тела» с использованием метафорических карт «О погоде, о природе», где в качестве сюжетных картинок представлены элементы природы, пейзажи. С помощью данной методики мы успешно провели самодиагностику, а также клиентка поняла, что все, что касалось самоисследования, ей давалось трудно, но вникала в процесс она с большим интересом. Клиентка понимала, что ее тело нуждалось в заботе не только со стороны истощенности ресурсов, а так же в красоте.

После концентрированной практики расслабления с проговариванием возникающих ощущений, был предложен первый мотив «Моя болезнь и я». Нужно было представить свою болезнь и определить свое место относительно этой болезни. Важно было описать те образы, которые возникали в момент концентрированного расслабления. В качестве домашнего задания было предложено нарисовать эти образы недоминантной рукой. Клиентке представилась огромная темная пещера, в которой она заблудилась, т.к. не видела источник света. Однако побыв немного в расслабленном состоянии, источник света появился, что повлияло на настроение женщины. Она поделилась, что источник света для нее всегда был знаковым символом.

На последующих встречах (третья и четвертая) стандартно делали упражнения из блока телесно-ориентированной терапии, что в среднем

занимало 20-25 минут. Так же проводили работу с иррациональными установками, которые обнаружили в результате работы с дневником.

Была предложена пациентке методика с использованием метафорических карт «Почему я болею?» на выявление вторичной выгоды от болезни. Использовалась колода карт «Соре» («Преодоление»). Как дополнение к этой технике использовалась техника «Выгода».

С данным пациентом консультации шли на опережение, поскольку женщина была очень мотивирована на выздоровление и работу с психологом.

На третьем этапе психологических консультаций (4 встречи) использовались некоторые упражнения концентрированного расслабления по методике Джекобсона, методика расслабляющего дыхания. После расслабления было предложено закрыть глаза и представить второй мотив «Я и моя цель». Настрой на мотив сопровождался легкой приглушенной музыкальной композицией. Клиентке представился лес, который она описывала во всех красках, однако в этом лесу она заблудилась, пока любовалась его красотой. Целью было – выбраться из леса. Она направила свое внимание на приметы, тропинки, вспоминала, как ориентироваться в лесу. В качестве домашнего задания было предложено нарисовать этот мотив недоминантной рукой, назвать его и описать. На следующей встрече после расслабляющих телесных техник и дыхательных упражнений проводилась работа по нарисованному мотиву.

Были заданы следующие вопросы: *Что изображено на картинке? Какие чувства у Вас при этом возникают? Где Вы нарисовали себя на этой картинке? Что этот персонаж чувствует, о чем он думает, что он делает? Что самое хорошее на этой картине? Что самого плохого? Что для Вас есть цель? Каким образом Вы к ней идете? Что Вам помогает?*

На четвертом этапе психологической работы главным моментом была работа с симптомами по методике «В поисках смысла» с применением метафорических карт «Соре» («Преодоление»), дополняли ресурсной

колодой. По результатам в качестве домашнего задания предложено написать план на ближайшие 3 месяца по преодолению симптома.

Параллельно с вышеописанной работой предложили клиентке после предварительного сознательного расслабления и дыхательных упражнений третий мотив «Интрорспекция моего тела», работа с пораженными органами. Женщина представляла свое тело или отдельные органы в натуральном виде или с помощью символов, заботилась о них «в образе» до тех пор, пока не происходило улучшения состояния. Длительность мотива составляла 20-25 минут. Клиентка представляла, как клетки иммунной системы выделяют специальные вещества, которые просто уничтожают раковые клетки, а слюнная железа начинает сиять как солнце.

В качестве домашнего задания было предложено нарисовать свое тело, каким его видит пациент с выделенными органами, которые «приходили в образе». Данное упражнение в дальнейшем проводили на всех последующих консультациях после предварительного телесного расслабления. Всего таких консультаций потребовалось 5, чтобы в дальнейшем клиентка смогла самостоятельно выполнять упражнение в домашних условиях. После каждой встречи женщина дома рисовала те образы, которые видела в расслабленном состоянии.

После такой работы состояние пациентки улучшилось, появилась вера в себя, самооценка повысилась, появлялось принятие себя и происходило укрепление своих целей, эмоциональный фон стабилизировался, тревожность снизилась за счет овладения навыками осознанного расслабления тела и дыхательных упражнений. Таким образом, было проведено 24 консультации, из них 8 посредством скайп технологий.

Случай 2. Пациент 2, 38 лет, рак шейки матки, 1 ст.

Результаты диагностики.

У данной пациентки преобладает реакция отрицательного баланса при высоких показателях реакции эмоционального дисбаланса и пессимистичных реакциях, заниженный уровень реакции дезорганизации. Это говорит о том,

что у женщины преобладает высокий уровень критичности, склонность к подведению жизненных уроков, в сочетании с высокой эмоциональностью и импульсивностью.

Психологическое благополучие снижено за счет показателя – управление средой, а также умеренного снижения показателей – автономия, личностный рост, самопринятие.

Тип реагирования на заболевание – сенситивный.

Запрос:

Пациентка была взволнована диагнозом, не может смириться с ним. На работе не складывались отношения с коллегами из-за излишней эмоциональности. Беспокоило отсутствие личной жизни.

Первый этап консультирования проходил очень бурно и эмоционально. В течение первых двух встреч проводилась беседа, наблюдение, ответы на волнующие вопросы. Пациентке проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. Также проинформировано о том, что в момент стресса возникает напряжение в области грудной клетки и дыхание становится прерывистым и неглубоким, а как следствие меньше кислорода и питательных веществ поступает в ткани и в мозг. С помощью телесных техник выявлены зажимы в области грудной клетки, в области живота в области горла. Продемонстрированы упражнения по методике Джекобсона и дыхательные техники на расслабление, данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации, когда трудно справиться с эмоциями.

На второй встрече предложена техника с использованием метафорических карт «Причины и следствия» для определения стрессовых событий в последние 6 месяцев – 1,5 лет, предшествовавших заболеванию. Было выяснено, что клиентка разведена, до сих пор судится с бывшим мужем из-за совместно нажитого имущества. На работе присутствует атмосфера

конкуренции, она устала жить в «состоянии обороны». Личный партнер в данный момент отсутствует.

Последующие встречи всегда начинались с комплекса упражнений на расслабление и дыхательных упражнений.

На втором этапе консультаций мы запланировали провести техники с использованием гештальт-подхода: «Конфликт», «К интеграции конфликта». Это стало необходимым для интеграции большего количества конфликтных ситуаций, имеющих место в жизни пациентки в последнее время. Предварительно женщине проведено психологическое информирование о том, что в нас существуют разные части, которые порою принимают разноплановые решения. Из-за этого происходит внутренний конфликт. Данная техника успешно была проведена с применением скайп технологии. Для реализации данных техник по интеграции конфликта использовали два стула. Задача сводилась к тому, чтобы представить две конфликтующие части на разных стульях. А клиентке предлагалось присесть на каждый из стульев, приняв на себя роль каждой из своих частей и провести с ними диалог.

В результате данных упражнений клиентка признала, что долгое время пыталась сравнивать себя с коллегами по работе и старалась выложиться по максимуму, чтобы по рейтинговым показателям быть впереди всех. Эта гонка за баллами не приносила внутреннего удовлетворения. Было принято решение сравнивать только свои достижения

На последующих встречах после телесно ориентированных практик расслабления мышечных зажимов был предложен первый мотив «Моя болезнь и я». Клиентка представила воронку, которая засасывала ее внутрь себя. Размах болезни, который транслировало подсознание, впечатлил пациентку. В ходе дальнейшей визуализации ее спасли люди. Женщина была под впечатлением и твердо решила довериться врачам и строго выполнять все рекомендации.

На последующих консультациях после техник на расслабление мышечных зажимов, была предложена техника с использованием метафорических карт «Почему я болею?» на выявление вторичных выгод от болезни.

На третьем этапе консультативной работы (3 встречи) после техник на расслабление был предложен второй мотив «Я и моя цель». В процессе визуализации пациентка увидела, что она плывет на корабле, а вдалеке виднеется маяк. После сеанса визуализации мы с женщиной обсудили значение данного образа. Она сделала вывод о том, что необходимо научиться воспринимать сигналы об опасности из окружающей среды.

На следующем занятии было предложено нарисовать недоминантной рукой представленный мотив. По рисунку были заданы следующие вопросы: *Что изображено на картинке? Какие чувства у Вас при этом возникают? Где Вы нарисовали себя на этой картинке? Что этот персонаж чувствует, о чем он думает, что он делает? Что самое хорошее на этой картине? Что самого плохого? Что для Вас есть цель? Каким образом Вы к ней идете? Что Вам помогает?*

В качестве домашнего задания были рекомендованы к просмотру видеofilмы, в которых герои успешно справляются с онкозаболеваниями («Винноваты звезды», «Сейчас самое время», «Третья звезда», «Жизнь прекрасна»), чтение терапевтических сказок А.В. Гнездилова, позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкиана.

Следующая встреча была посвящена работе с симптомами по методике «В поисках смысла» с применением метафорических карт «Соре» («Преодоление»), которую дополняли ресурсной колодой. По результатам в качестве домашнего задания клиентке предложено написать план на ближайшие 3 месяца по преодолению симптома онкологического заболевания.

На одной из консультационных встреч после предварительного комплекса упражнений и дыхательных техник на расслабление и снятие

мышечных зажимов клиентке предложен третий мотив «Интроспекция моего тела». Данный мотив повторяли в течение последующих пяти встреч, пока женщина не научилась самостоятельно визуализировать этот важный мотив. В процессе визуализации женщина старалась активизировать защитные силы организма, представляла, как уходят симптомы болезни, как черные пятна ее недуга начинают приобретать светлые оттенки. В заключительные дни визуализации рисунки мотива приобретали яркие краски вместо черно-белых.

После овладения данной техникой пациентка отметила улучшение самочувствия, настроения, лечение переносила достаточно легко.

После пяти месяцев подобных консультативных встреч у пациентки появилась уверенность в своих силах, женщина перестала думать о том, что подумают в коллективе о ее болезни, отношения в коллективе наладились. Таким образом, проведено 22 консультации, из них 8 в онлайн режиме.

Случай 3. Пациент 3, 35 г, рак молочной железы , 1 ст.

Результаты диагностики.

В данном случае превалирует реакция демобилизации при высоких показателях пессимистичной реакции, реакции отрицательного баланса и реакции оппозиции. Наблюдается изменение в сфере контактов, стремление к одиночеству, дистанции в отношениях, пессимистичная оценка происходящего, уныние. Неверие в положительный исход лечения.

Психологическое благополучие снижено за счет показателей – автономия, личностный рост, а также умеренно сниженных показателей – позитивное отношение к другим, управление средой, самопринятие.

Тип реагирования на заболевание – тревожный.

Запрос:

Пациентка испытывала чувство одиночества, страх за будущее, чувство вины и безысходность. Плохие отношения с супругом, отсутствие близости с ребенком. Затаенные обиды на супруга.

На первом этапе консультирования были реализованы техники - беседа, наблюдение, изучение медицинской документации. Поддерживалась благоприятная доброжелательная атмосфера с использованием ненавязчивых музыкальных композиций. Применена техника метафорических ассоциативных карт «Причины и последствия» с целью выслушивания клиента, определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет. В результате данной работы выяснилось, что женщина в последние 1,5-2 года испытывает одиночество, произошла утрата мамы вследствие онкологического заболевания, муж вынужден работать вахтовым методом, сын подросток, с которым трудно найти контакт. Женщина не может справиться с мыслями о том, что ее ожидает подобная история.

В заключении первой встречи было проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. Также проинформировано о том, что в момент стресса возникает напряжение в области грудной клетки и дыхание становится прерывистым и неглубоким, а как следствие меньше кислорода и питательных веществ поступает в ткани и в мозг. С помощью телесных техник выявлены зажимы в области грудной клетки и области шеи. Упражнения и дыхательные техники на расслабление были продемонстрированы, а также данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации стресса или тревоги.

Данные упражнения выполнялись также на всех последующих консультациях с целью расслабления, снятия мышечных зажимов, дополняя комплекс новыми упражнениями по мере необходимости. Это были упражнения по методике Джекобсона, осознанное расслабление с проговариванием возникающих ощущений, направляя внимание на проблемные области организма.

Учились прислушиваться к себе, какие эмоции возникают при расслаблении зажатых участков тела. После комплекса упражнений на

второй встречи вводится пятиминутный медитативный компонент. Затем гармонично начинается основная работа с пациенткой.

В ходе второй встречи была проведена беседа о взаимосвязи эмоций и физиологического состояния, о влиянии мыслей на эмоции и поведение. Женщина с большим любопытством откликнулась на предложенную ей методику из когнитивной терапии. Ей было предложено в качестве домашнего задания ведение дневника (в виде таблицы) в течение 3 недель по отслеживанию потока мыслей на момент возникновения спусковых событий. Это было необходимо для выявления иррациональных глубинных убеждений.

В ходе беседы выяснилось, что в роду у женщины часто встречались онкологические заболевания различных органов, что с одной стороны оправдывало страх женщины. Построение генеалогического древа подтвердило слова женщины [66]. Однако нашей задачей было сформировать внутреннюю ответственность за свое здоровье. Эту стратегию мы реализовывали на протяжении 6 месяцев индивидуальной работы с клиенткой.

Работа с затаенными обидами на мужа проводилась с использованием подхода психологического информирования о том, что обида имеет двойственную природу: чувство жалости к себе и злости к другому человеку. Мы имеем дело с реакцией тела на неудовлетворенные потребности. Клиентке было предложено представить мужа и параллельно отслеживать свои ощущения в теле. Были заданы вопросы: *«Подумайте, какой вопрос Вы бы хотели задать своему мужу? Что бы Вы хотели ему сказать?»* *«Представьте, что Ваш муж хотел бы получить. Мысленно дайте ему это»*. Также использовали технику из гештальт-терапии «Горячий стул». *«Представьте своего супруга напротив... Какие ощущения у Вас возникают? Какие эмоции у Вас возникают?»*.

В результате данной работы выяснилось, что основная потребность женщины – самоуважение, ощущение собственной ценности. Женщина

строила отношения ради того, чтобы заполнить внутреннюю пустоту. Была проведена беседа о том, что любовь к себе, способность себя защищать, поддерживать – нужно научиться давать себе самой, тогда из отношений уйдет обида. Появится возможность по-другому посмотреть на своего партнера, узнать его потребности.

В результате последующих встреч были предложены мотивы по методу доктора В.Леша: «Я и моя болезнь», «Я и моя цель», «Интроспекция моего тела», направленные на активизацию, ангиогенез, гармонизацию и усиление защитных функций организма. Каждый мотив мы реализовывали несколько раз, пока образ болезни не приобрел светлые очертания и стал управляем в воображении пациентки. После освоения данной методикой вера пациентки в целительные возможности своего организма стала крепче.

Параллельно проводилась работа с симптомами онкологического заболевания с использованием метафорических карт: «Симптом», «В поисках смысла».

Таким образом, было проведено 24 консультации, из них 10 в онлайн формате. После проделанной работы клиентка отметила улучшение самочувствия, повышение уверенности в себе, в своих силах, отметила прилив сил и более позитивный взгляд на жизнь.

Случай 4. Пациент 4, 43 г., рак молочной железы, 2 ст.

Результат диагностики.

У данной женщины преобладают пессимистичные реакции и реакции оппозиции. У пациентки пессимистичная позиция, неверие в положительный исход.

Психологическое благополучие снижено за счет таких показателей как позитивное отношение к другим, автономия, личностный рост, управление средой, самопринятие.

Тип реагирования на заболевание – тревожно-ипохондрический.

Запрос:

Пациентка испытывает глубокое чувство вины по поводу супружеских измен, считает, что именно этим она сама спровоцировала свою болезнь.

Первый этап консультирования состоял из трех встреч длительностью 1 час. Поддерживалась благоприятная доброжелательная атмосфера с использованием ненавязчивых музыкальных композиций. Применена техника метафоро-ассоциативных карт «Причины и последствия» с целью выслушивания клиента, определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет. Пациентка очень переживала из-за утраты своего здоровья. Она очень ухоженная женщина, имеющая хорошую физическую форму, склонная к самолюбованию. Переживала в отношении того, что потеряла контроль над ситуацией в отношении своего здоровья. В течение длительного времени она жила в ситуации измены. Появление онкологии трактовала как наказание свыше за измены мужу.

В заключение первой встречи было проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. Также проинформировано о том, что в момент стресса возникает напряжение в области грудной клетки и дыхание становится прерывистым и неглубоким. С помощью телесных техник выявлены зажимы в области грудной клетки и области шеи. Упражнения и дыхательные техники на расслабление были продемонстрированы, а также данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации стресса или тревоги.

Данные упражнения выполнялись также на всех последующих консультациях с целью расслабления, снятия мышечных зажимов, дополняя комплекс новыми упражнениями по мере необходимости. Это были упражнения по методике Джекобсона, осознанное расслабление с проговариванием возникающих ощущений, направляя внимание на проблемные области организма.

На следующих встречах проводилась работа по осознанию причины измены. В процессе работы выяснили, что клиентка находилась в ситуации переживания нарциссической травмы, т.к. происходило разрушение иллюзии собственной уникальности и удар по самооценке. В этом случае измена порождает чувства вины и стыда. Поэтому основная задача консультанта в этом случае – помочь прожить травму, помочь в осознании иррациональных установок, способствовавших закреплению принятия соответствующих решений. Было проведено психологическое информирование о том, что наши чувства зависят от мыслей, возникающих как оценка происходящих событий. Женщине было предложено ведение дневника в рамках когнитивного подхода. Женщина отслеживала появление автоматических мыслей вследствие различных событий. На основании анализа автоматических мыслей и эмоций, которые возникают в ответ на оценку события, мы выявляли когнитивные искажения и заменяли их на рациональный вариант отношения к ситуации. Данная работа проводилась в течение последующих трех встреч.

Подключение комплекса телесно ориентированной терапии стало возможным только на третьей встрече. Было проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. Также проинформировано о том, что в момент стресса возникает напряжение в области грудной клетки и дыхание становится прерывистым и неглубоким, а как следствие, меньше кислорода и питательных веществ поступает в ткани и в мозг. С помощью телесных техник выявлены зажимы в области грудной клетки и области шеи. Упражнения и дыхательные техники на расслабление были продемонстрированы, а также данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации стресса или тревоги.

Следующие встречи проводились в онлайн режиме, в связи со спецификой лечения пациентки. Посредством скайп технологий корректировались упражнения и дыхательные техники.

В онлайн режиме проводилась работа по визуализации мотивов по методу доктора В. Лёша: «Я и моя болезнь», «Я и моя цель», «Интрорспекция моего тела». Особую важность для пациентки имела работа с симптомами и болью, поэтому работа по третьему мотиву стала наиболее актуальной. Пациентка с большим желанием визуализировала заботу о больном органе, «заботилась» о нем, снимала болевые ощущения, представляла здоровым.

Таким образом, проведено 19 консультаций, из них 12 в онлайн режиме.

После проведенной работы пациентка была настроена на гармоничную семейную жизнь, работала над отношениями в семье, стала более уравновешенной, чувство вины не испытывала, т.к. осознала причину измен. У пациентки присутствует мотивация на дальнейшую работу.

Случай 5. Пациент 5, 43 г., рак шейки матки, 2 ст.

Результаты диагностики.

В данном случае преобладают реакции эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции и реакции отрицательного баланса.

Психологическое благополучие снижено за счет таких показателей как автономия, личностный рост.

Тип реагирования на заболевание – ипохондрический.

Запрос:

Разочарование в партнерских отношениях, ушел муж к любовнице. Раньше вся жизнь была для него, а теперь жизнь потеряла смысл. Только ребенок-подросток держит в этом мире.

Первый этап консультирования проходил в рамках знакомства, выслушивания клиента, прояснения запроса, а также психологического информирования о формах нашей работы. Для выслушивания клиента и прояснения стрессовых событий за последние 6 месяцев – 1,5 года применяли методику с использованием метафорических карт «Причины и последствия».

Пациентке проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их функции защиты и о техниках расслабления. С помощью телесных техник выявлено напряжение в области грудной клетки, в области живота в области горла. Продемонстрированы упражнения по методике Джекобсона и дыхательные техники на расслабление, данные упражнения рекомендовано выполнять дома каждый день, особенно в ситуации, когда трудно справиться с эмоциями.

Важной частью консультирования являлось преодоление обиды на мужа в связи с уходом к другой женщине. Работа с затаенными обидами проводилась с использованием подхода психологического информирования о том, что обида имеет двойственную природу: чувство жалости к себе и злости к другому человеку. Мы имеем дело с реакцией тела на неудовлетворенные потребности. Клиентке было предложено представить мужа и параллельно отслеживать свои ощущения в теле. Были заданы вопросы: *«Подумайте, какой вопрос Вы бы хотели задать своему мужу? Что бы Вы хотели ему сказать?»* *«Представьте, что Ваш муж хотел бы получить. Мысленно дайте ему это».* Также использовали технику из гештальт-терапии «Горячий стул». *«Представьте своего супруга напротив... Какие ощущения у Вас возникают? Какие эмоции у Вас возникают?»*.

В результате данной работы выяснилось, что основная потребность женщины – самоуважение, чувство безопасности и принятие. Женщина строила отношения ради того, чтобы просто не быть одной. Была проведена беседа о том, что любовь к себе, способность себя защищать, поддерживать – нужно научиться давать себе самой.

Клиентке была предложена техника «Волшебная дверь» с использованием метафорических карт «Проститься, чтобы жить». Данная методика основана на работе воображения с использованием визуализации, очень подходит для тех клиентов, чьи ресурсы на исходе.

Реализация мотивов по методу доктора В. Леша проходила в онлайн режиме. Было предложено три мотива: «Я моя болезнь», «Я и моя цель»,

«Интроекция моего тела». Работа по визуализации начиналась после комплекса упражнений по методике Джекобсона, упражнений телесно-ориентированной терапии, дыхательных техник на расслабление.

В работе с симптомами подключали методику «В поисках смысла» с использованием метафорических карт «Соре». Данная методика дает понимание природы симптома, его значения для пациента и способах его приручения.

Техника «Почему я болею?» с использованием метафорических карт «Соре», направленная на исследование вторичной выгоды от заболевания, так же была предложена клиентке в процессе консультирования.

Встречи были нерегулярны в силу загруженности клиентки, а также в силу особенности лечения и необходимости прохождения химиотерапии. Однако женщина настроена на продолжение встреч. Таким образом, проведено 15 консультаций, из них 10 в онлайн формате.

Случай 6. Пациент 6, 39 л., рак яичника, 1 ст.

Результаты диагностики.

У женщины по результатам диагностики преобладают пессимистические реакции, реакции отрицательного баланса и реакция оппозиции.

Психологическое благополучие снижено за счет снижения показателей - автономия, личностный рост, управление средой, самопринятие.

Тип реагирования на заболевание – тревожный.

Запрос:

В последнее время произошло много трудных событий. Потеря брата, увольнение с работы, тяжелая болезнь. Женщина находится в ситуации хронического стресса. Не видит выхода.

Первая встреча проходила в рамках знакомства, выслушивания клиента, прояснения запроса, а также психологического информирования о формах работы. Было выяснено, что женщина проживает утрату брата, работы, здоровья, находится в состоянии затянувшегося острого горя.

Поэтому основной задачей было помочь пациентке гармонично прожить затянувшееся горевание и вернуться в состояние настоящего «здесь и сейчас». А далее из этого состояния продолжить работу по психологической адаптации к заболеванию и работе с симптомами. Всего проведено 24 консультации, из них 6 в онлайн режиме.

На первом этапе консультирования проводилось активное слушание клиента. Далее, исходя из концепции З. Фрейда, о психологических двойниках мы применили медитацию С. Левина «Направленная медитация на скорбь» [28], которая позволяет пациенту выразить скорбь в слезах, что ранее по разным причинам не удавалось сделать самостоятельно. На следующей встрече применили технику «горячего стула» [28], когда использовали фотографию ушедшего брата женщины и в присутствии консультанта клиентка могла позволить себе диалог с любимым человеком, а по сути с той частью себя, которая идентифицируется, согласно концепции З. Фрейда, с ушедшим братом. Задача консультанта стояла в направлении диалога в случае возникновения пауз («Расскажите брату, что Вы чувствовали, когда узнали о его уходе», «Расскажите ему о своих переживаниях, о своих чувствах»), в поощрении физических действий (прикосновение к фотографии). В заключении одной из встреч в качестве домашнего задания было предложено написать письмо любимому человеку с выражением всех чувств, эмоций, ожиданий, претензий. Спустя несколько дней клиентка выразила желание прочитать письмо и разделить чувства вместе с консультантом.

Далее пациентке была предложено упражнение «Восполнение потребностей» с использованием метафорических карт «Проститься, чтобы жить». Суть данного упражнения заключается в обнаружении той базовой потребности, которая пострадала и находится в дефиците, а также в обнаружении заботы, которую нужно научиться проявлять к себе в первую очередь. В результате этой работы клиентка осознала свою базовую потребность в безопасности, заботе и принятии, которую реализовывал

старший брат. Поскольку данные потребности относятся к разряду «детских», то пациентке пришлось признать, что некоторые части ее психики не повзрослели. Проведено психологическое информирование о том, что повзрослеть – означает научиться принимать себя со всем «багажом» хорошего и плохого. Клиентке были заданы вопросы: *«Какие качества, состояния Вы в себе не принимаете? Каким желаниям, потребностям не позволяете проявиться? Что в других людях Вас смущает, пугает, отталкивает, раздражает?»*. В отношении потребности в безопасности и заботы также проведено психологическое информирование о том, что никто не может удовлетворять все наши потребности постоянно, взрослый человек должен научиться сам о себя заботиться, зрелые отношения подразумевают взаимную заботу. Далее проведена работа с иррациональными убеждениями, которые не позволяют женщине взять ответственность в свои руки.

Параллельно вводились упражнения из цикла телесно ориентированной терапии на расслабление, глубокое дыхание, дыхательные техники на расслабление, пятиминутный медитативный компонент. Данные техники использовались на протяжении всех консультативных встреч.

На дальнейших консультациях были реализованы методики по визуализации мотивов по методу доктора В. Лёша: «Я и моя болезнь», «Я и моя цель», «Интроспекция моего тела». Особую важность для пациентки приобрела работа, связанная с симптомами болезни. Пациентка с помощью визуализации училась снимать боль, готовиться к болезненным лечебным процедурам, настраивала себя на доверие врачам, положительное отношение к лечению.

В качестве домашнего задания были рекомендованы к просмотру видеофильмы, в которых герои успешно справляются с онкозаболеваниями («Винноваты звезды», «Сейчас самое время», «Третья звезда», «Жизнь прекрасна»), чтение терапевтических сказок А.В. Гнездилова, позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкиана.

В целом пациентка высказывала предпочтение в очных консультациях, однако в силу специфики лечения, отдельные консультации проводились в онлайн формате.

Случай 7. Пациент 7, 27 л., базалиома, 1 ст.

Результаты диагностики.

У пациентки преобладают реакция эмоционального дисбаланса, пессимистические реакции, реакции отрицательного баланса, реакция демобилизации, заниженный показатель реакции оппозиции.

Психологическое благополучие снижено за счет показателей – автономия, управление средой, личностный рост, умеренного снижения показателя самопринятие.

Тип реагирования на заболевание – тревожный.

Запрос:

Постоянная тревога за маленького ребенка, сложные отношения с супругом, затаенные обиды на супруга. Чувство нереализованности из-за частых больничных с маленьким ребенком. Отрицает ситуацию заболевания.

Первая встреча проходила в рамках знакомства, выслушивания клиента, прояснения запроса, а также психологического информирования о формах работы. Поддерживалась благоприятная доброжелательная атмосфера с использованием ненавязчивых музыкальных композиций. Применена техника метафорических ассоциативных карт «Причины и последствия» с целью выслушивания клиента, определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет. Со слов женщины: 2 года назад она родила ребенка, но через полгода начались финансовые сложности в семье, у мужа не ладилось с работой. Женщина вышла на работу, ребенка устроила в детский садик, но из-за частых больничных не может реализовать себя на рабочем месте. Плюс частые болезни ребенка стали причиной страха и тревоги за здоровье и жизнь ребенка.

Для решения задачи страхов и тревог было проведено психологическое информирование о наличии и строении «7 панцирей» нашего тела, о их защитных функциях и необходимости расслабления, о важности глубокого дыхания, когда выдох значительно длиннее вдоха, дыхание на счет, техника «заземление», а также некоторые упражнения из цикла телесно-ориентированной терапии на расслабление.

На последующих личных консультациях предложено разобраться с иррациональными страхами за жизнь и здоровье ребенка. Консультант обязательно делает акцент на том, что перед ним самая лучшая мама, и что ее реакция вполне нормальная на нестандартную ситуацию, сложившуюся в ее семье. Чтобы понять природу страха и тревоги клиентке было предложено рассортировать страхи на личные, родительские страхи, экзистенциальные страхи, присущие каждому человеку, страх, связанный с опытом рода. Когда выяснилось, что мы имеем дело с родительскими страхами, была применена техника «горячего стула», посредством которой у женщины произошел «диалог» со своим страхом.

По мнению консультанта, необходимо было зафиксировать внимание пациентки в моменте «здесь и сейчас». С этой целью были заданы вопросы: *«Как часто Вы радуетесь в жизни? Как часто Вы наслаждаетесь моментами жизни здесь-и-сейчас? Как Вы принимаете радость? Где она живет в Вашем теле? Умеете ли Вы жить полноценной жизнью?»*.

На последующих встречах после телесно ориентированных практик расслабления мышечных зажимов был предложен первый мотив «Я и моя болезнь». Клиентка представила свое тело, на поверхности которого она увидело темнее пятно. Потом в ее визуализации пошел светящийся дождь, который смыл это пятно. Женщина была под впечатлением и твердо решила довериться своему доктору.

На последующих консультациях после техник на расслабление мышечных зажимов, была предложена техника с использованием

метафорических карт «Почему я болею?» на выявление вторичных выгод от болезни.

На третьем этапе консультативной работы (3 встречи) после техник на расслабление был предложен второй мотив «Я и моя цель». Было предложено нарисовать недоминантной рукой представленный мотив. По рисунку были заданы следующие вопросы: *«Что изображено на картинке? Какие чувства у Вас при этом возникают? Где Вы нарисовали себя на этой картинке? Что этот персонаж чувствует, о чем он думает, что он делает? Что самое хорошее на этой картине? Что самого плохого? Что для Вас есть цель? Каким образом Вы к ней идете? Что Вам помогает?»*

В качестве домашнего задания были рекомендованы к просмотру видеофильмы, в которых герои успешно справляются с онкозаболеваниями («Винноваты звезды», «Сейчас самое время», «Третья звезда», «Жизнь прекрасна»), чтение терапевтических сказок А.В. Гнездилова, позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкиана.

Следующая встреча была посвящена работе с симптомами по методике «В поисках смысла» с применением метафорических карт «Соре» («Преодоление»), которую дополняли ресурсной колодой. По результатам в качестве домашнего задания клиентке предложено написать план на ближайшие 3 месяца по преодолению симптома онкологического заболевания.

На одной из консультационных встреч после предварительного комплекса упражнений и дыхательных техник на расслабление и снятие мышечных зажимов клиентке предложен третий мотив «Интроспекция моего тела». Данный мотив повторяли в течение последующих пяти встреч, пока женщина не научилась самостоятельно визуализировать этот важный мотив. В процессе визуализации женщина старалась активизировать защитные силы организма, представляла, как уходят симптомы болезни, как наступает исцеление.

Таким образом, проведено 24 консультации, их них 4 в онлайн режиме.

После проведенной работы женщина отметила снижение тревожности, повышение уверенности в своих силах, появление ответственности за свое здоровье.

Техники, которые были использованы в каждом консультативном случае представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Психотерапевтические техники, применяемые на консультативных встречах с женщинами, страдающими онкологическими заболеваниями

N п/п	Используемые психотерапевтические техники, приемы	Цель использования психотерапевтической техники, приема
Пациент 1	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-ведение дневника (когнитивная психотерапия);</p> <p>-«Карта моего тела» с применением МАК-карт «О природе, о погоде»;</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет;</p> <p>расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>выявление иррациональных убеждений;</p> <p>самодиагностика состояния здоровья;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровливания организма, поиска своего уникального</p>

	<p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p> <p>-метафорические карты «В поисках смысла»</p> <p>-просмотр видеофильмов, чтение терапевтических сказок Гнездилова А.В., позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкяна.</p>	<p>пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>Работа со страхами</p> <p>Выявление вторичных выгод от болезни; работа с симптомами, формирование стратегии выздоровления на будущее;</p> <p>формирование позитивной мотивации к лечению, поиск ресурсов для выздоровления.</p>
Пациент 2	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p> <p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p> <p>-метафорические карты «В поисках смысла»</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет;</p> <p>расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровления организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>Работа со страхами</p> <p>Выявление вторичных выгод от болезни;</p>

		работа с симптомами, формирование стратегии выздоровления на будущее;
Пациент 3	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p> <p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p> <p>-метафорические карты «В поисках смысла», «Симптом»;</p> <p>-техника «Горячий стул» (гештальт-терапия);</p> <p>-построение генеалогического древа.</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет;</p> <p>расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровления организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>Работа со страхами</p> <p>Выявление вторичных выгод от болезни;</p> <p>работа с симптомами, формирование стратегии выздоровления на будущее;</p> <p>работа с затаенными обидами на мужа;</p> <p>исследование родовой ситуации по онкологическим заболеваниям.</p>
Пациент 4	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию</p>

	<p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p> <p>-ведение дневника (когнитивная психотерапия)</p>	<p>заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет; расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровливания организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>выявление иррациональных убеждений.</p>
Пациент 5	<p>-Беседа, наблюдение; метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет; расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровливания организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания</p>

	<p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p> <p>-метафорические карты «В поисках смысла»;</p> <p>-метафорические карты «Волшебная дверь»;</p> <p>- техника «Горячий стул» (гештальт-терапия)</p>	<p>через символы.</p> <p>работа со страхами</p> <p>выявление вторичных выгод от болезни;</p> <p>работа с симптомами, формирование стратегии выздоровления на будущее;</p> <p>восполнение ресурсов;</p> <p>работа с затаенными обидами на мужа.</p>
Пациент 6	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники.</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p> <p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет;</p> <p>расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровливания организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>работа со страхами</p>

	<p>-метафорические карты «В поисках смысла»;</p> <p>-«Направленная медитация на скорбь» С. Левина;</p> <p>-техника «Горячий стул»;</p> <p>-метафорические карты «Восполнение потребностей».</p>	<p>выявление вторичных выгод от болезни;</p> <p>работа с симптомами, формирование стратегии выздоровления на будущее;</p> <p>работа с утратой, позволяет выразить скорбь в слезах;</p> <p>работа с утратой (диалог с братом);</p> <p>обнаружении базовой потребности, которая пострадала и находится в дефиците, а также в обнаружении заботы, которую нужно научиться проявлять к себе в первую очередь.</p>
<p>Пациент 7</p>	<p>-Беседа, наблюдение;</p> <p>-метафорические карты «Причины и последствия»;</p> <p>-упражнения телесно-ориентированной психотерапии, упражнения по методике Джекобсона, упражнения на расслабление «7 панцирей», дыхательные техники, медитативные техники</p> <p>-мотив «Моя болезнь и я»;</p> <p>-мотив «Я и моя цель»;</p> <p>-мотив «Интроспекция моего тела»;</p> <p>-техника «горячего стула»;</p> <p>-метафорические карты «Почему я болею?»;</p>	<p>Определение стрессовых событий, которые предшествовали развитию заболевания в течение 6 месяцев – 1,5 лет;</p> <p>расслабление тела, расслабление мышечных зажимов и блоков, подготовка к дальнейшим психотерапевтическим процедурам;</p> <p>определение себя (своего места) относительно болезни; постепенно расширяя фоку внимания от тела к процессу оздоровления организма, поиска своего уникального пути преодоления заболевания через символы.</p> <p>Работа со страхами</p>

	<p>-метафорические карты «В поисках смысла»</p> <p>-просмотр видеофильмов, чтение терапевтических сказок Гнездилова А.В., позитивных психотерапевтических метафор Н. Пезешкяна.</p>	<p>Выявление вторичных выгод от болезни;</p> <p>работа с симптомами, формирование стратегии на будущее;</p> <p>формирование позитивной мотивации к лечению, поиск ресурсов для выздоровления.</p>
--	---	---

Таким образом, количество проведенных консультаций варьировалось в зависимости от каждого конкретного случая. Всего было проведено 152 консультации, из них 58 – в онлайн формате. В целом, женщины, принявшие участие в исследовании, были заинтересованы в работе над собой и в своем выздоровлении. Техники и приемы, примененные в каждом конкретном случае, подобраны в соответствие с запросом клиента, однако основу представили упражнения из цикла телесно ориентированной психотерапии, упражнения по методу Джекобсона, дыхательные техники, работа с метафорическими картами, элементы кататимно- имажинативной психотерапии по методу доктора В. Леша.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

После проведения формирующего эксперимента нами был сделан повторный срез, направленный на анализ динамики проживания острого кризиса в условиях тяжелого соматического заболевания. В работе были использованы методики, аналогичные первому срезу. Для проверки достоверности различий был применен Т-критерий Вилкоксона.

Результаты исследования типов психологического реагирования на соматическое заболевание, полученные по методике ТОБОЛ, представлены в таблице 1, 2 Приложения.

Результаты исследования типов психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание по методике ТОБОЛ после психологической помощи

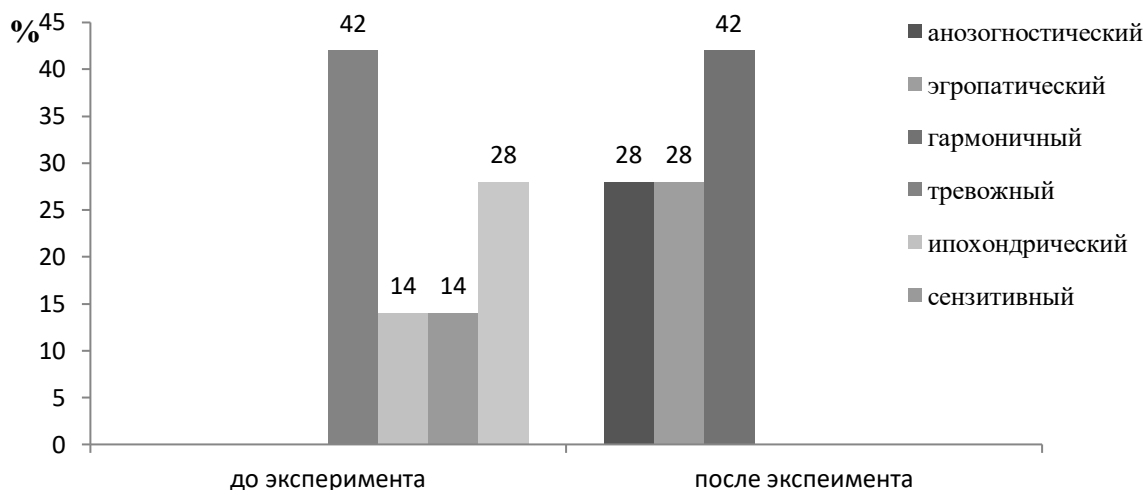


Рис 6. Частота распределения типов психологического реагирования на соматическое заболевание по методике ТОБОЛ до и после психологической помощи (в %)

После оказанной психологической помощи большинство женщин (3 человека) проявляли гармоничный тип реагирования на соматическое заболевание. Характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Отмечается стремление активно содействовать успеху лечения. Две пациентки поменяли отношение к заболеванию от тревожного и сензитивного к эргопатическому, для которого характерно «уход от болезни в работу», стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы. Пациентки 1 и 4 от тревожно-ипохондрического типа реагирования перешли на анозогностический тип реагирования. Для психологии такого подхода характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни. Это психологическая защита пациента.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все женщины прошли стадию психологической адаптации к онкозаболеванию.

Результаты исследования кризисного профиля, степени переживания кризиса по методике ППК С.В. Духновского (до психологической помощи)

Сравним результаты по методике Духновского до и после оказания женщинам психологической помощи.

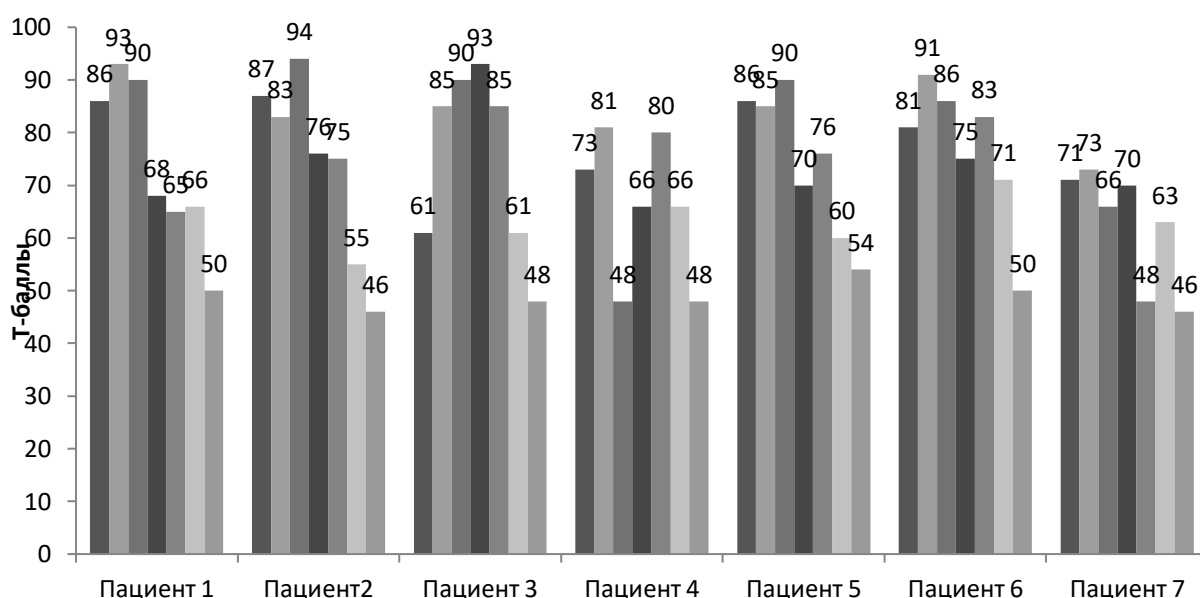


Рис 7. Распределение шкал переживания кризиса у женщин по методике ППК С.В. Духновского до оказания психологической помощи (в %)

Условные обозначения

- 1- Реакция эмоционального дисбаланса
- 2- Пессимистичная реакция
- 3- Реакция отрицательного баланса
- 4- Реакция демобилизации
- 5- Реакция оппозиции
- 6- Реакция дезорганизации
- 7- Психологическая устойчивость

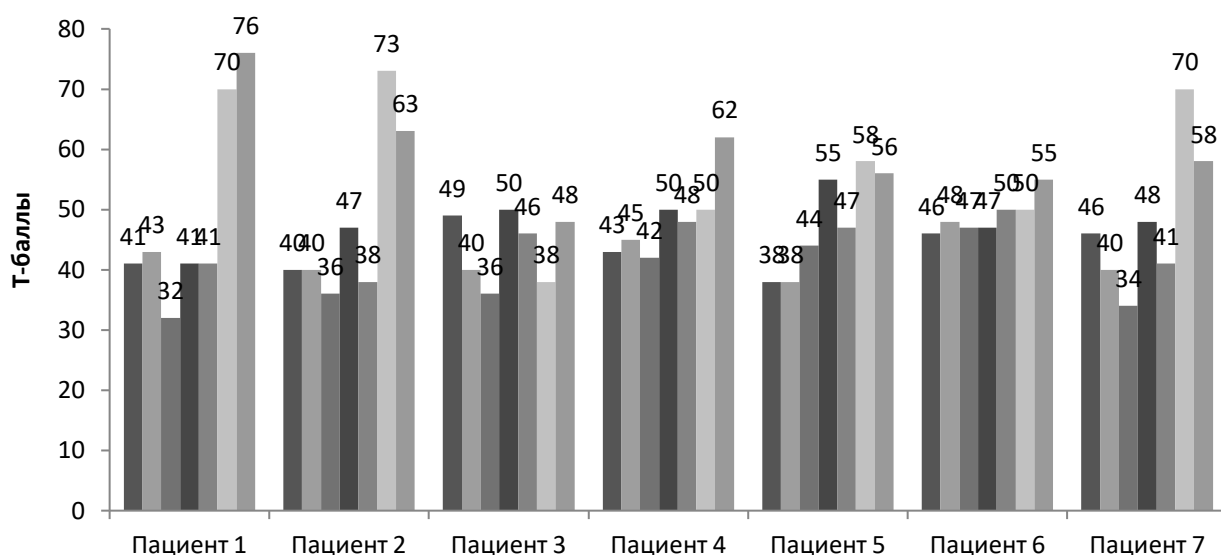


Рис 8. Распределение шкал переживания кризиса у женщин по методике ППК С.В. Духновского (в %) (после психологической помощи)

Условные обозначения

- 8- Реакция эмоционального дисбаланса
- 9- Пессимистичная реакция
- 10- Реакция отрицательного баланса
- 11- Реакция демобилизации
- 12- Реакция оппозиции
- 13- Реакция дезорганизации
- 14- Психологическая устойчивость

Анализ составляющих переживания кризиса (по методике С.В Духновского) показал снижение значений «реакции эмоционального дисбаланса», «пессимистичной реакции», «реакции отрицательного баланса», «реакции демобилизации», «реакции оппозиции» у всех женщин, что говорит о преобладании положительных эмоций над отрицательными, преобладание положительных стимулов, улучшение психического состояния, проявлениями которого являются уверенность в своих силах и возможностях. Реальное планирование своего поведения и деятельности. Удовлетворение глубинных потребностей в любви и принятии. Улучшение межличностных отношений.

Снижение показателя «реакция дезорганизации» наблюдалось также у большинства, за исключением пациентки 6, что говорит о снижении уровня

тревожности, повышенная готовность менять существующую ситуацию и действовать.

Повышение показателя «психологическая устойчивость» у всех женщин (за исключением пациенток 3 и 6) говорит о преобладании веры в себя, в свои возможности, повышение способности противостоять жизненным трудностям, неблагоприятным обстоятельствам. Появление личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления трудных жизненных ситуаций.

Результаты кризисного профиля женщин, переживающих онкологическое заболевание, по методике ППК С.В. Духновского (до психологической помощи)

Анализируя рисунки 8, 9 мы наблюдаем, что кризисный профиль женщин, переживающих онкозаболевание, меняется.

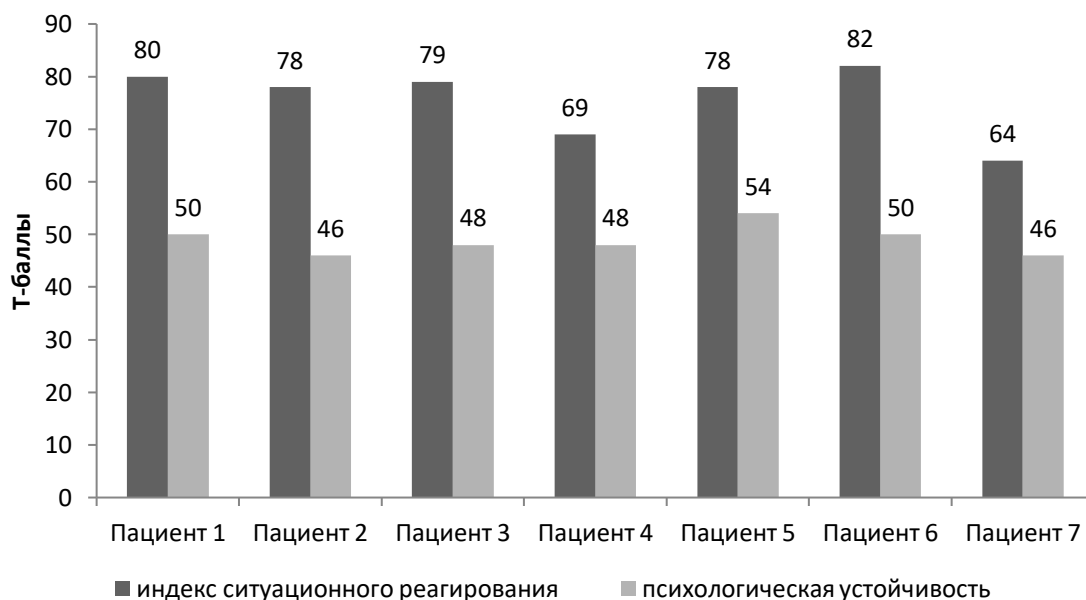


Рис 9. Кризисный профиль у женщин, переживающих онкологическое заболевание, по методике ППК С.В. Духновского до оказания психологической помощи

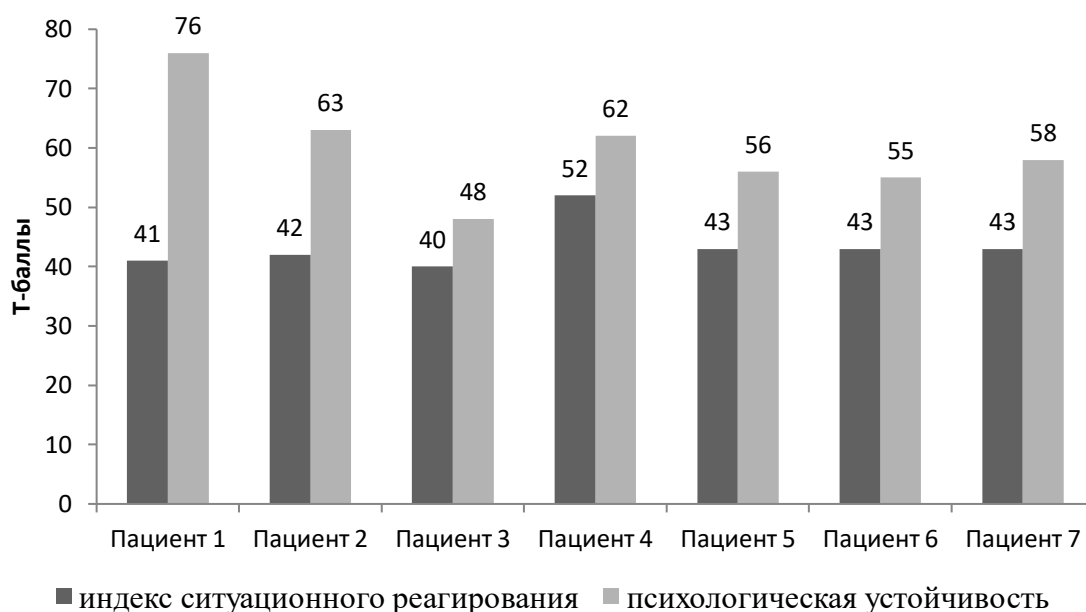


Рис 10. Кризисный профиль у женщин, переживающих онкологическое заболевание, по методике ППК С.В. Духновского после психологической помощи

Индекс ситуационного реагирования снижается у всех пациенток, а уровень психологической устойчивости личности увеличивается.

До психологической терапии все пациентки имели показатель кризисного профиля – «Проживание строго кризиса с благоприятным прогнозом» (Индекс ситуационного реагирования – от 56 баллов и выше, психологическая устойчивость 46-54 балла). Переживание острого кризиса, обусловленного отношениями субъекта с окружающей действительностью (предметной, природной, социальной, духовной), а также с самим собой. Прогноз благоприятный в силу умеренно выраженной психологической устойчивости и наличия, хотя и на среднем уровне, личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса.

После психологических консультаций кризисный профиль пациенток 1, 2, 5, 7 изменился на «Психологическое здоровье с благоприятным прогнозом» (Индекс ситуационного реагирования – до 45 баллов,

психологическая устойчивость – от 56 баллов и выше). Это характеризуется Отсутствием переживания кризиса. Высоким уровнем психологической устойчивости. Высокой энергичностью и низкой эмоциональностью. Благоприятное психическое состояние. Высокий уровень личностной зрелости. Эмоциональное благополучие (возможно отрицание наличия серьезных психологических проблем). Гармоничные межличностные отношения. Решающим для данного типа личностей выступает наличие или отсутствие способностей решения жизненных трудностей.

У пациенток 3 и 6 произошла «Адаптация с благоприятным прогнозом» (Индекс ситуационного реагирования – до 45 Т-баллов и ниже, умеренный показатель психологической устойчивости личности от 46 до 55 Т-баллов). Возможно наличие трудностей и проблем в жизни, которые субъект старается конструктивно разрешить, что приводит к дополнительному вовлечению психических (психологических) ресурсов и снижению психологической устойчивости. Патогенными условиями для данного типа личности выступают:

- вынужденная социальная мобильность;
- быстроменяющийся темп жизнедеятельности;
- условия непризнания.

У пациентки 4 – «Конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом», что соответствует умеренному кризису (средний индекс ситуационного реагирования от 46 до 55 Т-баллов, – высокий показатель психологической устойчивости личности 56 и выше Т-баллов). Переживание переломного момента в жизни (кризиса). Прогноз благоприятный в силу выраженной психологической устойчивости и наличия личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса. Патогенными условиями для данного типа личности выступает наличие или отсутствие способностей решения жизненных трудностей.

**Результаты исследования психологического благополучия женщин,
переносящих онкологическое заболевание по опроснику К. Рифф
(адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) (до психологической
помощи)**

Анализируя рисунки 10 и 11, видим увеличение всех показателей: позитивное отношение к другим, автономия, управление средой, личностный рост, цель в жизни, самопринятие. Это говорит о том, что у человека актуализируется цель в жизни, появляется чувством непрекращающегося развития, человек начинает использовать предоставляющиеся возможности, появляются доверительные отношения с окружающими, появляется чувство принятия всех своих сторон.

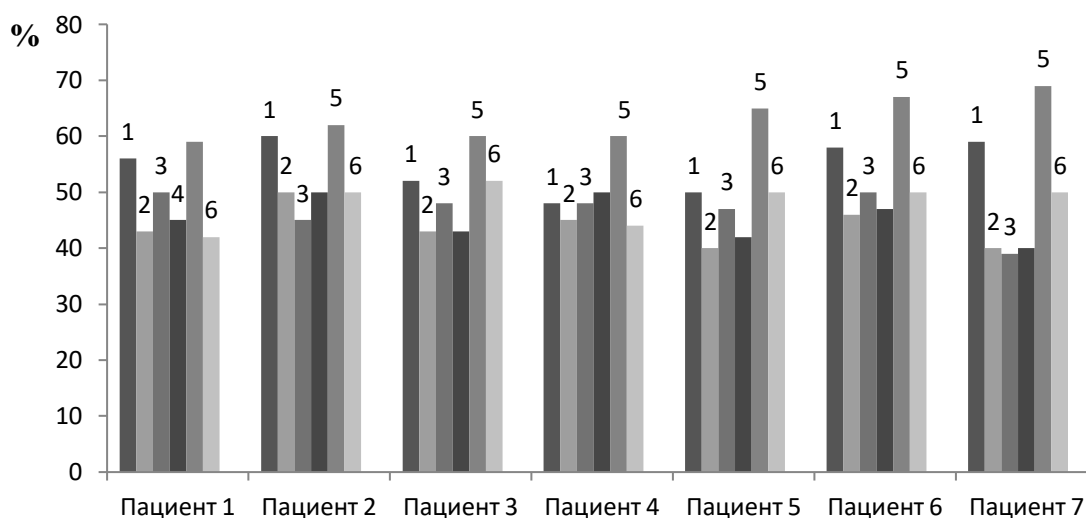


Рис 11. Распределение шкал психологического благополучия женщин, переносящих онкологическое заболевание, по опроснику К. Риффа (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) до психологической помощи

Условные обозначения

- 1- Позитивное отношение к другим
- 2- Автономия
- 3- Управление средой
- 4- Личностный рост
- 5- Цель в жизни
- 6- Самопринятие

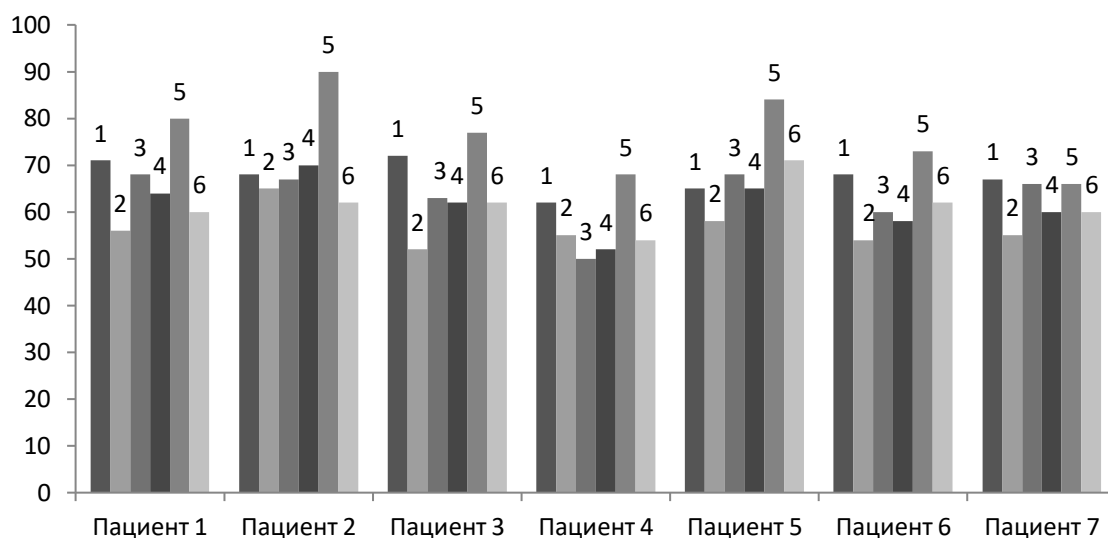


Рис 12. Распределение шкал психологического благополучия женщин, переносящих онкологическое заболевание, по методике К. Риффа (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) после психологической помощи

Условные обозначения

- 7- Позитивное отношение к другим
- 8- Автономия
- 9- Управление средой
- 10- Личностный рост
- 11- Цель в жизни
- 12- Самопринятие

Сводные данные по диагностическим методикам, полученные на третьем этапе исследования (после формирующего эксперимента) представлены в таблице 2 Приложения.

Рассмотрим данные по частоте распределения кризисного состояния женщин в ситуации онкологического заболевания до и после оказания психологической помощи, представленные на рисунке 13.

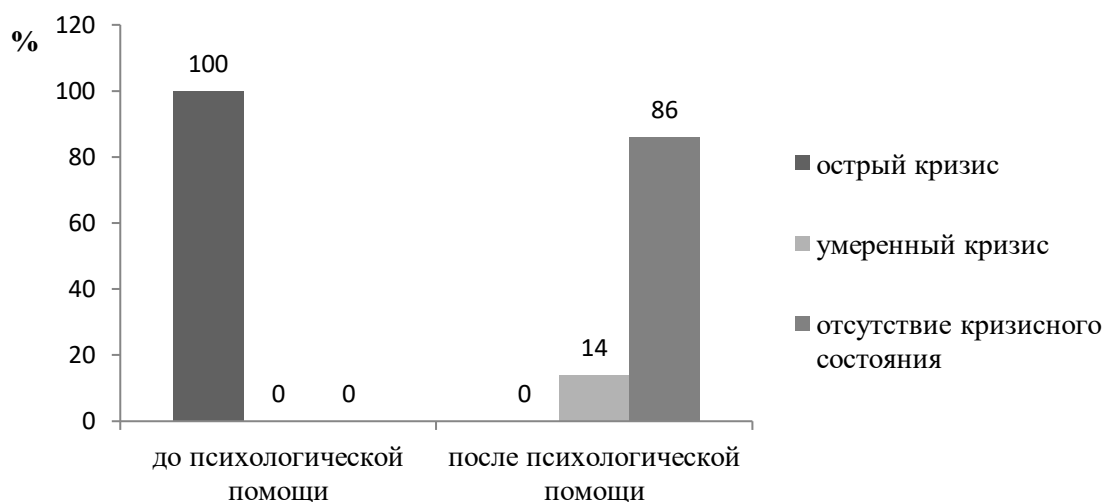


Рисунок 13. Итоговый уровень кризисного состояния женщин в ситуации онкологического заболевания до и после оказания психологической помощи (распределение в %)

Сравнивая частоту распределения кризисного состояния женщин в ситуации онкологического заболевания до и после оказания психологической помощи наблюдаем, что в результате психологической помощи 86% (6 человек) женщин адаптировались к ситуации онкологического заболевания, т.е. характеризовались отсутствием кризисного состояния. 14% женщин (1 человек) находились в ситуации проживания умеренного кризиса.

С целью сравнения степени субъективного благополучия клиентов до и после консультативных встреч мы применили метод оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака. Так как экспериментальные данные измерены до и после консультаций на одной и той же выборке испытуемых, мы применили Т-критерий Вилкоксона [34], расчеты представлены в Приложении Б.

Между уровнями проживания кризиса клиентов до и после проведения консультативных встреч выявлены различия на 99% достоверности, то есть различия между уровнями проживания кризиса клиентов до начала консультативных сеансов и после их окончания являются статистически значимыми.

Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник телесно-ориентированной психотерапии, кататимно-имагинативной терапии, техник МАК-карт, является эффективным средством психологической помощи женщинам, переживающим острый кризис, в ситуации онкозаболевания, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе 2

1. Женщины, переживающие тяжелее соматическое состояние, находились в состоянии острого кризиса -100%, после формирующего эксперимента – 14% находились в состоянии умеренного кризиса, остальные не продемонстрировали кризисных проявлений.

2. Острый или глубокий кризис характеризуется следующими показателями: низкий уровень адаптивности, эмоционального комфорта, самопринятия, нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь, Низкий уровень психологической устойчивости: отсутствие веры в себя; депривация самореализации, самоуважения, самоутверждения; отсутствие адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; пассивное отношение к жизненной ситуации; низкий уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, разочарован событиями прошлого, недоволен собой, осознает отсутствие собственного развития, зависит от мнения и оценки окружающих.

3. Умеренный кризис характеризуется следующими показателями: средний уровень адаптивности; умеренные нарушение социальной адаптации вследствие интра- (интер-) психической направленности личностного реагирования на болезнь; средний уровень психологической устойчивости: снижена вера в себя, снижены адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления кризиса; снижено желание действовать: самооценка снижена; нарушены межличностные отношения; средний уровень психологического благополучия: имеет мало целей, лишен смысла жизни, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, сложности в организации повседневной жизни, снижено чувство контроля над происходящим.

4. Отсутствие кризисного состояния определяется следующими показателями: Психическая и социальная адаптация существенно не

нарушается. Тип отношения к болезни: гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Высокий уровень психологической устойчивости: вера в себя, удовлетворение в самореализации, самоуважении, самоутверждении; наличие адаптационно-компенсаторных способностей; высокая энергичность; удовлетворение жизнью, выражено желание действовать; позитивная самооценка; гармоничные межличностные отношения; высокий уровень психологического благополучия: человек имеет цель в жизни, обладает чувством непрекращающегося развития, использует предоставляющиеся возможности, имеет доверительные отношения с окружающими, принимает все свои стороны.

5. Анализ результатов формирующего эксперимента показал, что у участников экспериментальной группы произошли следующие изменения:

- После оказанной психологической помощи большинство женщин (3 человека) проявляли гармоничный тип реагирования на соматическое заболевание. Характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Отмечается стремление активно содействовать успеху лечения. Две пациентки поменяли отношение к заболеванию от тревожного и сенситивного к эргопатическому, для которого характерно «уход от болезни в работу», стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы. Пациентки 1 и 4 от тревожно-ипохондрического типа реагирования перешли на анозогностический тип реагирования. Для психологии такого подхода характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни. Это психологическая защита пациента.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все женщины прошли стадию психологической адаптации к онкозаболеванию.

- Анализ составляющих переживания кризиса (по методике С.В. Духновского) показал снижение значений «реакции эмоционального

дисбаланса», «пессимистичной реакции», «реакции отрицательного баланса», «реакции демобилизации», «реакции оппозиции» у всех женщин, что говорит о преобладании положительных эмоций над отрицательными, преобладание положительных стимулов, улучшение психического состояния, проявлениями которого являются уверенность в своих силах и возможностях. Реальное планирование своего поведения и деятельности. Удовлетворение глубинных потребностей в любви и принятии. Улучшение межличностных отношений.

Снижение показателя «реакция дезорганизации» наблюдалось также у большинства, за исключением пациентки 6, что говорит о снижении уровня тревожности, повышенная готовность менять существующую ситуацию и действовать.

Повышение показателя «психологическая устойчивость» у всех женщин (за исключением пациенток 3 и 6) говорит о преобладании веры в себя, в свои возможности, повышение способности противостоять жизненным трудностям, неблагоприятным обстоятельствам. Появление личных превентивных ресурсов – адаптационно-компенсаторных способностей для конструктивного преодоления трудных жизненных ситуаций.

Кризисный профиль женщин, переживающих онкозаболевание, меняется. Индекс ситуационного реагирования снижается у всех пациенток, а уровень психологической устойчивости личности увеличивается. После психологических консультаций кризисный профиль пациенток 1,2,5,7 с «Проживание строго кризиса с благоприятным прогнозом» изменился на «Психологическое здоровье с благоприятным прогнозом», у пациенток 3 и 6 произошла «Адаптация с благоприятным прогнозом». Это говорит об отсутствии кризисного состояния у женщин. У пациентки 4 – «Конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом», что соответствует умеренному кризису.

•Анализ составляющих психологического благополучия женщин, переносящих онкологическое заболевание, показал увеличение всех шкал: позитивное отношение к другим, автономия, управление средой, личностный рост, цель в жизни, самопринятие.

6. Согласно расчету Т-критерия Вилкоксона, произошло значимое снижение показателя индекса ситуационного реагирования после оказания психологической помощи (различия являются статистически значимыми на 99% достоверности). По всем шкалам методики «Шкала психологического благополучия» К. Рифф различия являются статистически значимыми после оказания психологической помощи.

7. Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник телесно-ориентированной психотерапии, кататимно-имагинативной терапии, техник МАК-карт, является эффективным средством психологической помощи женщинам, переживающим острый кризис, в ситуации онкозаболевания, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Заключение

Актуальность данного исследования определило малоизученность вопроса консультирования женщин, страдающих онкологическим заболеванием. Особую значимость данное исследование приобретает в период сложной эпидемиологической ситуации, когда многие люди не получают необходимой психологической помощи, а также в условиях удаленности многих населенных пунктов от краевого центра, тяжелое физическое состояние больных, Решением данной ситуации стало частичное проведение консультативной помощи в дистанционном формате посредством онлайн технологий.

В данной диссертационной работе была описана специфика по работе психолога консультанта с женщинами, страдающими онкологическими заболеваниями. На первом этапе данного исследования мы осуществляли изучение и анализ психологической литературы по проблеме исследования; занимались разработкой категориального аппарата; уточняли тему, задачи и гипотезу исследования. Мы проанализировали научную психологическую литературу по проблеме исследования, описали понятие феномена с точки зрения разных ученых, описали существующие классификации, сформировали категориальный аппарат исследования, описали критерии исследования. Также осуществлялся подбор методов изучения психологических защит личности и методы эффективной работы с ними.

Для проверки гипотезы на втором этапе проведено исследование, включающее диагностику типов психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание, оценку степени переживания кризиса, кризисного профиля и его характеристик, определение прогноза возможного переживания кризиса личностью, а также психологического благополучия.

Третьим этапом стало проведение психологических консультаций с женщинами, страдающими онкологическими заболеваниями. В ходе консультативных встреч решались основные задачи по снижению уровня

тревожности и стресса, повышению психологического благополучия, а также индивидуальные запросы клиентов на психологическую помощь. По результатам консультирования проведена повторная диагностика и подведены основные итоги исследования.

Сделан вывод о том, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник телесно-ориентированной психотерапии, кататимно-имагинативной терапии, техник МАК-карт, является эффективным средством психологической помощи женщинам, переживающим острый кризис, в ситуации онкозаболевания, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость:

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для развития представлений о специфике работы с онкобольными в современных реалиях.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в разработке этапов психологического консультирования, а также описанию специфики индивидуальной консультационной работы, способствующей проживанию кризисного состояния онкобольными женщинами. Результаты исследования могут быть использованы в групповом, индивидуальном, консультировании. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов консультативных центров, онкоцентров.

Список литературы

1. Ананьева Е.П. Нейрографика, как арт-терапевтический метод сопровождения онкопациентов в стрессовой ситуации химиотерапии // Психология и психотехника. 2018. № 3 (106). С 101-112.
2. Артемьев К.В., Хусаинова И.Р. Психологическое сопровождение онкологических больных // Онкология и радиология Казахстана. 2016 № 1 (39). С 10-13.
3. Березкина-Орлова В.Б. Телесная психотерапия. Бодинамика. М.: АСТ: АСТ Москва, 2010. 409 с.
4. Биктимиров Т.З. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и палиативной медицины: дис... докт. псих. наук. СПб. 1996, 186 с.
5. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б., Леоненкова С.А. Психологические исследования в онкологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 28-35.
6. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер. 2009. 336 с.
7. Гнездилов А.В. Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина. Сказки доктора Баллу. Изд-во Речь. 2002. 292 с.
8. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб. : Речь, 2007. 168 с.
9. Долгова М.В., Курьян Л.А. Исследование особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы // Личность а экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2013. № 3. С. 168-169.
10. Духновский С.С. Переживание психологического кризиса и ситуационные реакции личности // Вестник Курганского государственного университета. № 1. 2014. С. 78-81.

11. Духновский С.С. Психологическая методика «Переживание кризиса личностью: (ППК)»: описание и возможности использования // Вестник Курганского государственного университета. 2018. С. 30-35.
12. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений в работе практического психолога в образовании: учебное пособие. Курган, КГУ, 2016. 190 с.
13. Запесоцкая И.В. Социально-психологические детерминанты копинг-поведения онкологических больных (на примере больных раком молочной железы) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2016. N 1 (11) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 19.11.2020).
14. Знаков В.В. Психология понимания мира человека. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. 488 с.
15. Иванов, С.В. Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных // Журнал Клинической психоонкологии. 2006. №1 (9)
16. Караваева Т.А. Онкологический больной на приеме у психотерапевта: нюансы и стратегии. // Вопросы психологии. Материалы IV Петербургского международного онкологического форума «Белые ночи 2018». 2018. С. 359.
17. Карпович Т.Н. Система метафор в психологическом консультировании и коррекции. Минск: РИПО, 2016. 80 с.
18. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. 2015. № 2. С. 180–184.
19. Квасенко, А. В., Зубарев, Ю. Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 184 с.
20. Кораблина Е.П., Акидринова И.А., Баканова А.А., Родина А.М. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, СОЮЗ, 2001. 319 с.

21. Коренева Е.П. Психология семейного кризиса: подходы к семейному консультированию при ненормативных кризисах //Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2019. № 3 (март). С. 102–107. URL: <http://e-koncept.ru/2019/192012.htm>.
22. Коржова Е.Ю. Психологическое познание человека как субъекта жизнедеятельности: дис... докт. псих.наук. СПб. 2001. 486 с.
23. Крутова О.В. Метафорические ассоциативные карты в работе онкопсихолога // Журнал практического психолога. 2018. № 4: Спец.выпуск: Метафорические карты. С. 84-92.
24. Кузнецова Н.К. Тренинговое занятие: «Рак молочной железы: первый и главный шаг к выздоровлению» // Дневник науки. 2019. № 3 (27). С. 23.
25. Кунирова Г.Ж., Хусаинова И.Р. Психологическое сопровождение в паллиативной помощи // Онкология и радиология Казахстана. 2016. № 3 (41). С. 134-138.
26. Лейнер Х. Основные принципы и терапевтическая эффективность метода направленного аффективного воображения (НАВ) / Х. Лейнера.-К.: Киевское общество символдрамы, 2000. С. 1-41.
27. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
28. Маринец О.В., Перышкина Е.Н. Консультирование в период тяжелой утраты. Руководство для психологов и психотерапевтов. Изд-во РОО «СПИД инфосвязь», 2007. 70 с.
29. Михеева, О.Н. Оценка качества жизни больных раком тела матки. Дисс. ... канд. медиц. наук / О.Н. Михеева. СПб. 2008. 149 с.
30. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: дис...канд.псих.наук. М., 2016. 218 с.
31. Мохнина В.В. Особенности переживания семантики понятия «онкологическое заболевание» у женщин со злокачественными

новообразованиями молочной железы // Вопросы психологии. Материалы IV Петербургского международного онкологического форума «Белые ночи 2018». 2018. С. 290.

32. Муравская С.В. Сочетание имагинативной телесно-ориентированной психотерапии и символдрамы: комплексный подход в терапии онкологических пациентов // Психологические науки. 2014. Вып.1. Т.2. С. 168-172.

33. Назаркин С.Н., Фокина А.Е. Юмор как средство совладания онкологических больных // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2016. № 1-2. С. 107-109.

34. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. СПб., 2004.

35. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М. : Изд-во МГУ. 1987. 16 с.

36. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое, дополненное // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб: АНО «Вопросы онкологии», 2018. 436 с.

37. Пахно, И.В. Переживание времени в кризисных ситуациях. Дис. ... канд. психол. наук / И.В. Пахно. Хабаровск. 2004. 231 с.

38. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Институт позитивной психотерапии. 2006. 464 с.

39. Пестерова Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: дис...канд.псих.наук. СПб. 2011, 192 с.

40. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Ульрих Е.Г., Пестерева О.А. Оценка психологического статуса онкогинекологических больных в процессе психологической реабилитации. // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени

академика И. П. Павлова. [Электронный ресурс]. – URL:<https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67>(дата обращения: 19.11.2020).

41. Пономарева И.М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. СПб.: СПбГИПСР. 2014. 197 с.

42. Попов Т.М., Чулкова В.А. Отношение к лечению и типы реагирования на болезнь у онкологических пациентов при системных методах терапии // Вопросы онкологии. 2018. № 3. С. 429-434.

43. Попов Т.М., Чулкова В.А. Отношение и реагирование на болезнь у онкологических пациентов при системных методах терапии // Наука и образование сегодня. 2017. № 6 (17). С. 108-111.

44. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы; агрессия и экстремизм / под ред. Н.С. Хрустальной. - Изд.: СПб. Гос. Ун-т, 2016. 447 с.

45. Саймонтон К. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001. 141 с.

46. Самушия, М.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №3. С. 11-16.

47. Селин, А.В. Жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания : дис. ... канд. психол. наук : Курск. 2009. 213 с.

48. Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. № 1. С. 61-69.

49. Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтеревой. 2018. № 1. С. 33-41.

50. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. №4, спецвыпуск 1. С. 54–58.
51. Сенина В.С. Психологический статус онкобольного пациента // Молодой ученый. 2017. № 48 (182). С. 164-168.
- 52.Словарь / Под. ред. М.Ю. Кондратьева // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 176 с.
- 53.Смулевич, А.Б. Нозогенные реакции у больных раком желудка / Смулевич А.Б. и др. // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 4-10.
54. Сотников В.А. Критерии психологической адаптации личности женщины к критической жизненной ситуации онкологического заболевания :дис...канд.псих.наук. Курск , 2015. 192 с.
55. Старак Я., Кей Т., Олдхейм Д. Техники гештальт-терапии на каждый день: Рискните быть живым / Под ред. Бутенко Г.Б. – М.: Психотерапия, 2014. 176 с.
56. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1 (80). С. 40-63.
57. Тарабрина Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 6. С.20-33.
58. Тарасова Д.С. Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2018. № 1. С. 118-122.
59. Удина А.М., Магарамова Ж.А. Особенности психологического статуса больных раком молочной железы. 2017. 210 с.

60. Финагенова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: дис...канд.псих.наук. С-П. 2010, 294 с.

61. Хусаинова И.Р., Дюсенбаева Д.С. Использование метода арт-терапии для психологического сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями при различных эмоциональных состояниях // Онкология и радиология Казахстана. 2018. № 4 (50). С. 36-40.

62. Шабалина В.В., Долганина О.А., Руф Р.Р. Экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной исполненности больных раком молочной железы // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2019. Т. 7. № 3. С. 501-512.

63. Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Вагайцева М.В., Карицкий А.П., Демин Е.В., Федорова В.В., Кондратьева К.А., Пестерева Е.В., Беляев А.М. Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63. № 2. С. 316-319.

64. Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Пестерова Е.В., Ключе В.А. Психологическая реабилитация онкологических пациентов // Природа. 2018. № 6 (1234). С. 39-41.

65. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Попов Т.М., Рысенкова Д.М., Ялов А.М., Семиглазова Т.Ю. Отношение онкологических больных к лечению при системных методах терапии // Вопросы онкологии. 2018. Т. 64. № 3. С. 429-434.

66. Яценко А.Е., Капустина Т.В. Роль раннего детского опыта в формировании личности, предрасположенной к онкологическим заболеваниям // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. 2019. № 2 (27). С. 39-41.

67. Abdullah M.F., Hami R., Appalanaido G.K., Azman N., Shariff M.M., Shariff S.S. Diagnosis of cancer is not a death sentence: Examining posttraumatic growth and its associated factors in cancer patients // Psychosocial Oncology,

2019. № 37. P. 636-651. [Электронный ресурс]. –
URL:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2019.1574946>
(дата обращения: 22.11.2020).

68. Buizza C., Cela H., Ferrari C., Goss C., Bottacini A., Mazzi M.A. Does being accompanied make a difference in communication during breast cancer consultations? Results from a multi-centered randomized controlled trial // *Psychosocial Oncology*, 2020. № 81. [Электронный ресурс]. –
URL:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2020.1829775>(дата обращения: 22.11.2020).

69. Emily A.F. Holmes, Dyfrig A. Hughes. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research // *Value In Health*, 2017. № 17. P. 863-867.

70. Guarino A., Polini C., Forte G., Favieri F., Boncompagni I., Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Clinical Medicine*, 2020. № 9(1). [Электронный ресурс]. –
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7019270/> (дата обращения: 19.11.2020).

Таблица 1.– Исследование психологического благополучия и кризисного профиля женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, в зависимости от типа реагирования на заболевание (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Тип реагирования на заболевание	Реакция эмоционального дисбаланса (Т-баллы)	Пессимистич. Реакция (Т-баллы)	Реакция отрицательного баланса (Т-баллы)	Реакция демобилизации (Т-баллы)	Реакция оппозиции (Т-баллы)	Реакция дезорганизации	Индекс ситуационного реагирования (Т-баллы)	Психологическая устойчивость (Т-баллы)	Позитивное отношение	Автоматизация	Управленческие средой	Личностный рост	Цель в жизни	Самоприятие	Психологическое благополучие	Уровень кризисной ситуации
Пациент 1	Тревожно-ипохондрический	86	93	90	68	65	66	80	50	56	43	50	45	59	42	295	Острый кризис
Пациент 2	Сенситивный	87	83	94	76	75	55	78	46	60	50	45	50	62	50	317	Острый кризис
Пациент 3	Тревожный	61	85	90	93	85	61	79	48	52	43	48	43	60	52	298	Острый кризис
Пациент 4	Тревожно-ипохондрический	73	81	48	66	80	66	69	48	48	45	48	50	60	44	295	Острый кризис
Пациент 5	Ипохондрический	86	85	90	70	76	60	78	54	50	40	47	42	65	50	294	Острый кризис
Пациент 6	Тревожный	81	91	86	75	83	71	82	50	58	46	50	47	67	50	318	Острый кризис
Пациент 7	Тревожный	71	73	66	70	48	63	64	46	59	40	39	40	69	50	297	Острый кризис

Таблица 2.– Исследование психологического благополучия и кризисного профиля женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, в зависимости от типа реагирования на заболевание (после оказания психологической помощи)

N п/п	Тип реагирования на заболевание	Реакция эмоционального дисбаланса (Т-баллы)	Пессимистич. Реакция (Т-баллы)	Реакция отрицательного баланса (Т-баллы)	Реакция демобилизации (Т-баллы)	Реакция оппозиции (Т-баллы)	Реакция дезорганизации	Индекс ситуационного реагирования (Т-баллы)	Психологическая устойчивость (Т-баллы)	Кризисный профиль (по С.В. Духновскому)	Позитивное отношение	Автономия	Управление средой	Личностный рост	Цель в жизни	Самоприятие	Психическое благополучие	Уровень кризисной ситуации
Пациент 1	Анозогностический	41	43	32	41	41	70	41	76	Психологическое благополучие с благоприятным прогн.	71	56	68	64	80	60	399	Отсутствие кризисного состояния
Пациент 2	Эргопатический	40	40	36	47	38	73	42	63	Психологическое благополучие с благоприятным прогн.	68	65	67	70	90	62	422	Отсутствие кризисного состояния
Пациент 3	Гармоничный	49	40	36	50	46	38	40	48	Адаптация с благоприятным прогн.	72	52	63	62	77	62	388	Отсутствие кризисного

										прогн.								состояни я
Па цие нт 4	Анозогн остическ ий	43	45	42	50	48	50	52	62	Констр уктивно е пережи вание кризиса с благори ятнымп рогнозом	62	55	50	52	68	54	341	Умеренн ый кризис
Па цие нт 5	Эргопат ический	38	38	44	55	47	58	43	56	Психол огич.зд оровье с благопр иятным прогн.	65	58	68	65	84	71	411	Отсутств ие кризисно го состояни я
Па цие нт 6	Гармони чный	46	48	47	47	50	50	43	55	Адапта ция с благопр иятным прогн	68	54	60	58	73	62	375	Отсутств ие кризисно го состояни я
Па цие нт 7	Гармони чный	46	40	34	48	41	40	43	58	Психол огич.зд оровье с благопр иятным прогн	67	55	66	60	66	60	374	Отсутств ие кризисно го состояни я

Расчет статистического критерия

Рассмотрим расчет Т-критерия Вилкоксона индекса ситуационного реагирования, полученного по методике С.С. Духновского «Диагностика переживания кризиса личностью».

Первый шаг в подсчете Т-критерия – вычитание каждого индивидуального значения «до» из значения «после».

Таблица 1.– Получение абсолютного значения разности в подсчете Т-критерия Вилкоксона по методике С.С. Духновского «Диагностика переживания кризиса личностью»

До измерения, tдо	После измерения, tпосле	Разность (tдо- tпосле)	Абсолютное значение разности
80	41	-39	39
78	42	-36	36
79	40	-39	39
69	52	-17	17
78	43	-35	35
82	43	-39	39
64	43	-21	21

Так как в матрице имеются связанные ранги (одинаковый ранговый номер) 1-го ряда, произведем их переформирование. Переформирование рангов производится без изменения важности ранга, то есть между ранговыми номерами должны сохраниться соответствующие соотношения (больше, меньше или равно). Также не рекомендуется ставить ранг выше 1 и ниже значения равного количеству параметров (в данном случае $n = 7$). Переформирование рангов производится в таблице 2.

Таблица 2.– Переформирование рангов при подсчете Т-критерия Вилкоксона по методике С.С. Духновского «Диагностика переживания кризиса личностью»

Номера мест в упорядоченном ряду	Расположение факторов по оценке эксперта	Новые ранги
1	17	1
2	21	2
3	35	3
4	36	4
5	39	6
6	39	6
7	39	6

Гипотезы статистические:

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Таблица 3.–Сводная таблица ранжирования при подсчете Т-критерия Вилкоксона по методике С.С. Духновского «Диагностика переживания кризиса личностью»

До измерения, tдо	После измерения, tпосле	Разность (tдо-tпосле)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
80	41	-39	39	6
78	42	-36	36	4
79	40	-39	39	6
69	52	-17	17	1
78	43	-35	35	3
82	43	-39	39	6
64	43	-21	21	2
Сумма				28

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=28$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+7)7}{2} = 28$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия Т:
 $T = \sum R_t = 0$

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для n=7:

$$T_{кр} = 0 \quad (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=3 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю. В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} \leq T_{кр}(0,01)$. Гипотеза H_0 принимается.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя индекса ситуационного реагирования после оказания психологической помощи (различия являются статистически значимыми).

В таблице 4 представлена значимость различий по показателям переживания кризиса личностью (по методике С.С. Духновского).

Таблица 4.– Значимость различий по показателям переживания кризиса личностью (по методике С.С. Духновского)

Шкала	Тэмп	Значимость различий
Индекс ситуационного реагирования	$T=0$	$p \leq 0.01$
Психологическая устойчивость	$T=0$	$p \leq 0.01$
Психологическое благополучие	$T=0$	$p \leq 0.01$
Реакция эмоционального дисбаланса	$T=0$	$p \leq 0.01$
Пессимистическая реакция	$T=0$	$p \leq 0.01$
Реакция отрицательного баланса	$T=0$	$p \leq 0.01$
Реакция демобилизации	$T=0$	$p \leq 0.01$
Реакция оппозиции	$T=0$	$p \leq 0.01$
Реакция дезорганизации	$T=6$	$p > 0,05$.

По шкале «Реакция дезорганизация» различия после психологической помощи не достигают статистической значимости, следовательно выборки являются схожими по исследуемому признаку.

В таблице 5 представлена значимость различий по показателям психологического благополучия (по методике К.Рифф)

Таблица 5.– Значимость различий по показателям психологического благополучия (по методике К.Рифф)

Шкала	Тэмп	Значимость различий
Позитивное отношение	T=0	$p \leq 0.01$
Автономия	T=0	$p \leq 0.01$
Управление средой	T=0	$p \leq 0.01$
Личностный рост	T=0	$p \leq 0.01$
Цель в жизни	T=1	$p \leq 0.05$
Самопринятие	T=0	$p \leq 0.01$
Психологическое благополучие	T=0	$p \leq 0.01$

По всем шкалам методики «Шкала психологического благополучия» К. Рифф различия являются статистически значимыми после оказания психологической помощи.