

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

БАЯНКУЛОВ РУСЛАН ИЗТУРГАНОВИЧ

*магистр социальных наук, психолог Областного онкологического диспансера
Управления здравоохранения Мангистауской области, Республика Казахстан,
ruslan_bayankulov@mail.ru*

RUSLAN I. BAYANKULOV

*M.Sc. (Sociology), Psychologist at the Regional Oncological Dispensary
of the Mangystau Region Health Department*

УДК 159.9+616.006+616.05+616-082.5

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ONCOLOGICAL PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF TREATMENT

Аннотация. В статье анализируются психолого-социальные проблемы онкологических пациентов и специфика оказания им психологической помощи на разных этапах. Диагноз «рак» очень часто становится одним из тяжелейших моментов в жизни человека, рождает многочисленные страхи. Начинаются они с постановки диагноза и продолжаются в период лечения, реабилитации и после нее, поэтому с онкологическими пациентами и их родственниками должны работать психологи. Автором представлены некоторые психокоррекционные мероприятия, снижающие у пациентов риск развития эмоционального расстройства и положительно влияющие на лечение.

ABSTRACT. The article discusses the importance of studying psychological and social problems of oncological patients in a medical institution and providing psychological assistance to them. The diagnosis "cancer" very often becomes one of the most difficult moments in a person's life and gives rise to numerous fears. These fears emerge at the time of diagnosis, continue during the period of treatment and rehabilitation, and then pursue person throughout life. Therefore, psychologists can and should work with oncological patients and their relatives, providing psychological assistance at different stages of treatment. Some psychocorrective measures that are used to reduce patient's emotional disorders while enhancing the positive effect on treatment are listed.

Ключевые слова: этапы лечения, психологическая помощь, тревога, страх, депрессия, психокоррекционные мероприятия.

KEYWORDS: stages of treatment, psychological assistance, anxiety, fear, depression, psycho-corrective measures.

Узнав от врача об онкологическом заболевании, любой человек испытывает сильное эмоциональное потрясение, погружается в тяжелую депрессию. Без психологической помощи пациенту очень сложно сохранять здравый рассудок, так как в его душе поселяется ужас, тревога за будущее, что не позволяет контролировать ситуацию, мобилизовать внутренние силы для эффективного противостояния смертельной болезни. У людей в большинстве случаев за короткое время происходит переоценка ценностей и целей, человек начинает прятаться от реальности, отвергать ее, страх парализует силы, необходимые для длительной борьбы с недугом.

Перечислим основные причины, которые приводят к стремительному ухудшению психического здоровья онкологических больных:

- Недостаточность информации. Из-за непонимания основных причин возникновения болезни пациент начинает ощущать себя

жертвой, а заболевание воспринимает как наказание за неправильные поступки и поведение.

- Вера в чудесное исцеление. Каждому пациенту очень хочется узнать волшебный способ излечения, который поможет избавиться на все сто процентов от страшного смертельного заболевания. Это можно понять, но на данный момент не существует каких-то чудодейственных лекарств.

- Гнев от ощущения бессилия. Пациенту бывает очень сложно контролировать свои эмоции, ведь ему постоянно приходится думать о несправедливости ситуации, в которую он попал. Соответственно агрессия и негатив выплескиваются человеком на близких и родственников.

- Отсутствие желания бороться за свою жизнь. Многие думают, что психологическая помощь крайне необходима больному человеку, поскольку он оказался в трудной жизненной ситуации и не умеет контролировать свои эмоции

и чувства. Это в корне неверно. Хуже дела обстоят у пациентов, переставших сопротивляться смертельной болезни. Ощущение паники, нервное напряжение и тревога доводят их до полного истощения.

Конечно, мы перечислили далеко не все, что может нарушить душевное равновесие пациента, и нужно быть очень внимательным к этой стороне проблемы, ведь психологическое состояние больного уязвимо, так как на его долю выпали тяжелейшие испытания.

Изучая психическое состояние онкологических больных, А. В. Гнездилов отмечает, что у пациентов на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся, однако, по своим клиническим проявлениям и степени выраженности. Из психологических (патопсихологических) реакций пациентов следует особо отметить своеобразный синдром изоляции на катанестическом этапе. Это страх рецидива заболевания и метастазов, социальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, мысли о заразности заболевания и т. д. Больные становятся угнетенными, испытывают чувство одиночества, бесперспективности, утрачивают прежние интересы, сторонятся окружающих, теряют активность. Если в процессе прохождения больных через клинику проследить динамику выраженности описанных синдромов, то можно отметить ее волнообразный характер, с двумя основными пиками на диагностическом и предоперационном этапах, т. е. в моменты наибольшей напряженности стрессующих факторов [5].

На каком бы этапе течения заболевания (включая ремиссию) ни находился онкологический больной, какому бы виду лечения он ни подвергался, переживания, сопровождающие такое заболевание, всегда влияют на то, как живет этот больной, определяют качество его жизни. Ситуация, возникающая в результате онкологического заболевания, не проходит бесследно ни для одного пациента и практически ни для одной семьи. Разрушается привычное существование человека. Характерная в этих случаях внезапность обнаружения заболевания, резкая перемена — был здоров, стал смертельно больным, — вызывают ощущение растерянности, тупика, обесценивания прежнего жизненного опыта. Известие об онкологическом диагнозе — это всегда информация о том, что человек смертен. Принятие ее сопровождается мучительными и предельными по силе переживаниями. Страдания не позволяют человеку видеть выход, и у больного могут возникнуть мысли о суициде как о возможном «выходе» из тупика. У определенной части пациентов в этом отражается их стремление контролировать свою жизнь, так как при заболевании появляется чувство утраты контроля. Мысли о суициде создают у больного ощущение, что он контролирует ситуацию и сам определяет, когда прекратить мучения [12].

Сверхсильные мучительные переживания разрушают представления человека о безопасном существовании и являются причиной психологической травмы. После шока, вызванного сообщением

о диагнозе, больному, чтобы существовать в изменившемся для него мире и принять болезнь, необходимо пройти несколько стадий: отрицания, агрессии, попытки «сговора» с судьбой, депрессии, принятия [8]. Каждая из стадий способствует принятию болезни самим больным, при этом она наполнена разными переживаниями.

Выделяют, как правило, несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: диагностический, этап поступления в стационар, предоперационный, послеоперационный, этап выписки, катанестический [11].

Цели и задачи психологической помощи, а также методы работы на каждом этапе разные. На наш взгляд, целесообразно использовать комплексный подход во время проведения психологической работы, которая включает психологическую диагностику, консультирование и коррекцию — индивидуальную и групповую, а также психологическую помощь семье пациента.

Проанализируем перечисленные этапы лечения на примере Областного онкологического диспансера Управления здравоохранения Мангистауской области. Цель представленного в статье исследования — рассмотреть психологическую помощь как одно из направлений улучшения качества жизни онкологического пациента. Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1) определить уровень личностной и ситуативной тревожности и уровень выраженности депрессивного состояния;

2) выявить преобладающие типы реагирования на болезнь;

3) раскрыть эффективность психокоррекционных мероприятий, которые используются в процессе оказания пациентам психологической помощи.

При проведении психодиагностического исследования использовались следующие методики: интегративный тест тревожности, дифференциальная диагностика депрессивных состояний, методики «ТОБОЛ» («Тип отношения к болезни») и «Семантический дифференциал времени», метод клинической беседы, наблюдение.

Безусловно, огромное значение имеет своевременная и точная диагностика онкологического заболевания. Пожалуй, диагностический этап — один из важнейших для оценки выраженности реакций и возможности определить их дальнейшую динамику. На данном этапе пациент впервые сталкивается непосредственно с фактом наличия у него раковой опухоли и необходимостью согласиться на лечение. Именно в этот момент пациенту требуются максимальная забота и участие близких людей.

Проанализируем результаты психологической диагностики, которая проводилась на этапе диагностики и поступления в стационар в качестве обследуемых. В исследовании приняли участие пациенты с разными формами онкологических заболеваний: рак молочной железы, рак шейки матки, рак желудка, рак прямой кишки и т. д. Возраст — от 25 до 50 лет. Всего было опрошено 57 онкологических больных, в том числе 17 мужчин

и 40 женщин. Из них 22 (39%) пациента относились ко 2-й стадии, 29 (51%) — к 3-й стадии, 6 (10%) — к 4-й стадии.

Методику «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) разработали А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. ИТТ предназначена для выявления уровня и структуры личностной тревожности и ситуативной тревоги как показателей социально-психологического стресса онкологических больных [2]. Максимальная выраженность тревоги 9 станайнов, минимальная — 1 станайн. Оценка по шкале тревоги ниже 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности, равная 5 или 6 станайнам означает нормальный уровень, а оценка от 7 и выше демонстрирует высокий уровень тревожности, свидетельствует об устойчивой тенденции воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие.

Результаты ИТТ (табл. 1) показывают высокую личностную тревогу, превышающую ситуативную тревожность. Ярко выраженные шкалы АСТ и ФОБ говорят о том, что больные испытывают усталость, вялость и пассивность, страдают от расстройства сна, быстро утомляются, также прослеживаются ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности.

Табл. 1

Анализ результатов, полученных по методике ИТТ

Шкалы	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Общая тревожность (ЛТ и СТ)	7	6
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	6	5
Астенический компонент (АСТ)	8	7
Фобический компонент (ФОБ)	7	7
Тревожная оценка перспективы (ОП)	4	2
Социальные реакции защиты (СЗ)	4	3

Общий высокий уровень личностной тревоги означает устойчивую индивидуальную характеристику, отражающую предрасположенность пациента к тревоге и предполагающую наличие у него тенденции воспринимать «веер» ситуаций как угрожающие, отвечать на каждую из них определенной реакцией.

Характерными эмоциональными реакциями людей на заболевание раком являются внутренняя напряженность, страх, повышение общего уровня тревоги, неуверенность в себе, в своем будущем. В этом случае требуется квалифицированная психологическая помощь [1].

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний, разработанная В. А. Жмуровым (1988), предназначена для оценки уровня выраженности (глубины, тяжести) депрессивного состояния человека (главным образом, токсикой или меланхолической депрессии) на момент обследования [7].

Табл. 2

Уровень выраженности состояния депрессии

Уровень выраженности	Количество	Соотношение
Депрессия отсутствует	3	5%
Депрессия минимальная	11	19%
Легкая депрессия	15	26%
Выраженная депрессия	16	29%
Глубокая депрессия	12	21%

Полученные данные (табл. 2) показывают, что общее самочувствие обследованных пациентов характеризуется четким доминированием психических состояний депрессии и тревоги. Как определенное психическое состояние человека депрессию можно рассматривать с двух точек зрения. Депрессия означает временное, преходящее настроение, которое сопровождается чувством подавленности, повышенной утомляемостью, грустью, унынием и по длительности не превышает 7–10 дней. Но если симптомы сохраняются более длительное время, то их тяжесть и сложность нарастают, имеет место клинический депрессивный синдром, включающий в себя широкий спектр психосоматических дисфункций, например: тревогу, тоску, глубокую подавленность, апатию, мнительность, ипохондрию.

При психокоррекции перечисленных симптомов на данном этапе эффективно использовать методы когнитивной терапии, основной целью которой является изменение дезадаптивных убеждений и дисфункционального поведения во время предстоящего лечения.

При поступлении в стационар происходит определенное снижение переживаний, пациент постепенно начинает адаптироваться к новой жизненной ситуации. На психологические реакции пациента оказывают влияние как положительные, так и отрицательные факторы. К положительным относятся начало лечения, внимание административных диспансера, врачей-онкологов и медицинских сестер, примеры выздоровления других пациентов.

При адекватном типе реагирования люди правильно воспринимают свое состояние и перспективы лечения, их оценка совпадает с оценкой врача. Однако в большинстве случаев реакции на болезнь располагаются на двух противоположных полюсах. На одном полюсе представлены явления анозогнозии (субъективная недооценка, отрицание болезни), а на другом — гипернозогнозии (разные формы переоценки болезни). Образно первые называют «бегством от болезни», вторые — «уходом в болезнь» [10].

Среди основных отрицательных факторов можно отметить прежде всего рассказы других пациентов о неблагоприятном течении заболевания, а также об осложнениях лечения, т. е. происходит обмен информацией, искаженной негативными слухами (например: смерть во время или после операции, особо тяжелый характер рецидивов). Это еще больше подавляет жизненный настрой пациента, усиливается отрыв от семьи, чувство одиночества.

Наблюдаются изменения и в когнитивной сфере, в которую входят внимание, умственная гибкость, память.

Рассмотрим результаты проведенной диагностической работы по определению отношения к болезни на данном этапе.

Методика «ТОБОЛ», предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980) [3], предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. Их выделено 12: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Указанные типы объединены в три блока по двум критериям: «адаптивность/дезадаптивность», что отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер/интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Обработка результатов, полученных в целом по группе опрошенных (табл. 3), показала, что:

- шкальные оценки расположены в области второго или третьего блоков у 7 (12%) пациентов. Отношение к болезни с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным, с интерпсихической или интрапсихической направленностью;

- типы второго или третьего блоков диагностируются при высоких показателях по шкалам первого блока у 5 (8%) пациентов. Это свидетельствует о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, пациент в своем поведении в большей степени руководствуется стремлением к сохранению структуры ценностей и активному социальному функционированию.

Табл. 3

Уровень выраженности состояния депрессии

Уровень выраженности	Количество	Соотношение
Адаптивность	5	8%
Интрапсихическая направленность	28	50%
Интерпсихическая направленность	12	22%

Очевидно, что тип отношения к болезни у пациентов имеет многокомпонентную структуру (гармоничный, смешанный, диффузный и т. д.), при этом к доминирующему добавляются еще и негативные черты других типов; в некоторых случаях при психической дезадаптации пациент в своем поведении стремится остаться прежней личностью, не обрывает родственные связи и дружеские отношения с окружающими.

Работа по оказанию психологической помощи на этом этапе продолжается для коррекции тревожно-депрессивного состояния, применяются арт-терапия, прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации (*Natura Sound Therapy* эффективна для

снятия боли, страха, общего напряжения, улучшения сна), бинауральные ритмы. Используется метод символдрамы, основу которой составляет свободное фантазирование в форме образов — «картин» на заданную психологом тему. В качестве общепринятых мотивов символдрамы выступают следующие: луг, ручей или озеро, опушка леса, цветок, идеал Я, дом, путешествие вглубь своего тела и поиск большого места, облако, гора и др.

В предоперационном периоде наиболее серьезным травмирующим фактором является ожидание операции, которая в ряде случаев переносится на неопределенный срок, что дает импульс для повышения уровня тревожности пациента. Вполне обоснованный риск непредвиденного летального исхода, страх «не проснуться от наркоза» ставят больного в особую травматическую ситуацию.

Любое оперативное вмешательство создает ситуацию тревожного ожидания, направленного в будущее, так как пациент не может спрогнозировать последствия лечения и адаптироваться к изменившейся ситуации. При этом предоперационная тревога значительно влияет не только на состояние здесь и сейчас, но и на возможность адекватно реагировать на состояние после операции, способность к адаптации и ресоциализации [6].

На данном этапе (результаты методики ИГТ и дифференциальной диагностики депрессивных состояний) у пациентов (87%) были выявлены тревожные (ситуативная), депрессивные расстройства тяжелой и средней степени. Соответственно очень важна психологическая работа, поддержка пациента. Основная задача психолога — изменить отношение больного к предстоящей операции и помочь ему принять факт ее необходимости (единственная возможность спасти и продлить жизнь), для чего используются рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успехе лечения.

Послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до восстановления трудоспособности. Этот период во многом определяет дальнейшее качество жизни, поскольку от его течения (осложненный он или неосложненный) зависят сроки и полнота выздоровления [8].

В дополнение к перечисленным методикам на послеоперационном этапе использовалось клиническое интервью, которое составлялось на основании обзора литературных материалов [9] и преследовало две цели: верификацию данных, полученных при помощи тестовой методики, и общую оценку личностных диспозиций участников исследования. Время беседы составляло 40–60 минут. Интервью состояло из пяти блоков:

- знакомство, установление контакта, снятие напряжения у больного;
- подтверждение анамнестических данных;
- выявление преморбидных особенностей личности;
- наличие психологической защиты и психологических конфликтов и их специфика;
- выявление особенностей внутренней картины болезни.

В ходе клинической беседы и наблюдения в послеоперационный период было выяснено, что происходит некоторое облегчение всех переживаний пациента, преобладают астено-депрессивные и тревожно-ипохондрические синдромы. Часто встречаются отрицание, вытеснение, замещение, фиксация, перенос и т. п. У отдельных пациентов развивались реакции агрессии с обидой на жизнь, восприятием неизлечимой болезни как несправедливости судьбы, зависть или месть здоровым за свое увечье. Характерны страх осложнений, тревога и беспокойство в связи с последствиями операции, общая физическая утомляемость. Особенно остро ощущается это в тех случаях, когда результат хирургического вмешательства предусматривает ампутацию конечности или мастэктомию. Вдобавок пациент пребывает в ожидании гистологического заключения, которое определяет тактику лечения и планы на будущее. Безусловно, в данный период очень важно психологически подготовить пациента к дальнейшему лечению, для чего используются личностно ориентированные методы, прежде всего убеждение. Метод мандалотерапии (диагностика и психотерапевтическое использование циркулярных круглых изображений, создаваемых в произвольном творческом процессе или по определенной инструкции терапевта) позволяет укрепить самооценку, развить нужные навыки и качества, провести самоисследование посредством стихий природы, закрепить инстинкты, помогающие жить, развиваться, творить.

На этапе выписки значимых психопатологических состояний, как правило, не наблюдается. Но отдельные пациенты испытывают высокий уровень тревоги и страха в связи с отсутствием врачебного контроля в домашних условиях.

На катамнестическом этапе у части пациентов (65%), опрошенных по методике ИТТ и дифференциальной диагностики депрессивных состояний, были отмечены особые нарушения психического состояния. Внешне они проявлялись как «уход в себя», стремление к самоизоляции. Изменялись их отношения с друзьями, коллегами, соседями и т. д. Пациент оказывался в условиях социальной депривации. Резко негативным становилось отношение к привычным и прежде любимым развлечениям. Пациент переживал не только наличие онкологического заболевания, но и его последствия — инвалидизацию, утрату привлекательности и т. п. Многих сильно тревожило будущее интимной сферы. В связи с чем роль семейной поддержки возрастает, особенно в случаях появления у пациента психологических проблем и психических расстройств. Если поведение близких и родственников не отвечает ожиданиям пациента, то возвращение в семью может усугубить психическое состояние. Адаптация к новому статусу онкологически больного эффективнее проходит в семьях с благоприятным климатом. Соответственно немаловажным аспектом в работе психолога является оказание на каждом этапе помощи и поддержки родственникам и близким пациента, которые тоже находятся в состоянии стресса и порой переживают не меньше. В большинстве

случаев для них проводятся психологические консультации.

В качестве примера психокоррекционных мероприятий приведем результаты проведенного исследования, в котором приняли участие пациенты с разными формами онкологических заболеваний в возрасте 25–72 лет. Все они находились на стационарном лечении в отделениях химиотерапии, хирургии, лучевой терапии. Всего было опрошено 30 респондентов: 13 мужчин и 17 женщин. Из них 1-й стадии — 2 (7%), 2-й стадии — 7 (23%), 3-й стадии — 18 (60%), 4-й стадии — 3 (10%). Исследование проходило в два этапа (диагностический и коррекционно-диагностический). Для диагностики использовали «Семантический дифференциал времени» (СДВ) — методику, разработанную в соответствии с теорией экспериментальной психосемантики.

Эта методика (Л. И. Вассерман в соавторстве с Е. А. Трифоновой, К. Р. Червинской) как дополнительный психодиагностический инструмент может применяться для определения преобладающих, в том числе малоосознаваемых, тенденций в актуальном психическом состоянии и отношении личности к действительности в контексте задач психотерапии и психокоррекции (в стационарной и амбулаторной практике учреждений здравоохранения в целях диагностики, оценки эффективности психотерапии и психофармакотерапии депрессивных состояний, а также для психопрофилактики при скрининговых и проспективных исследованиях). СДВ содержит ряд прилагательных, на основе которых испытуемый может выразить свои переживания в связи со временем, субъективные представления о своем прошлом, настоящем и будущем [4].

Методы оказания психологической помощи подбирались для каждого пациента индивидуально после предварительной беседы, при этом учитывался временной промежуток нахождения пациента в отделениях диспансера (от 7 до 25 дней).

Перечислим проведенные психокоррекционные мероприятия:

- личностно ориентированные методы — четыре пациента индивидуально по четыре сеанса на каждого, три сеанса групповых занятий с шестью пациентами;
- методы когнитивной терапии — пять пациентов индивидуально по пять сеансов на каждого;
- рациональная психотерапия — пять пациентов индивидуально по три сеанса на каждого;
- символдрама — четыре пациента индивидуально по пять сеансов на каждого;
- арт-терапия (мандалотерапия, музыкальная терапия) — две группы по восемь пациентов, четыре сеанса на каждую группу.

Респонденты перед проведением психокоррекционных мероприятий и после них должны были заполнить три бланка СДВ. Каждый содержал 25 идентичных полярных определений — те качества и свойства, которые метафорически характеризуют время. Предлагалось оценить сначала настоящее время, прошедшее и затем будущее («1» соотносится с незначительной, «2» — с умеренной,

Сравнительный анализ по методике СДВ

Шкалы	Этапы					
	Диагностический (пациенты в % соотношении)			Коррекционно-диагностический (пациенты в % соотношении)		
	настоящее	прошлое	будущее	настоящее	прошлое	будущее
Активность времени (АВ)	-4 (86%)	7 (60%)	6 (69%)	4 (89%)	7 (63%)	7 (79%)
Эмоциональная окраска времени (ЭВ)	-7 (79%)	6 (66%)	5 (73%)	3 (82%)	6 (73%)	7 (82%)
Величина времени (ВВ)	5 (69%)	2 (66%)	3 (63%)	5 (73%)	2 (76%)	5 (69%)
Структура времени (СВ)	1 (63%)	-9 (86%)	5 (79%)	3 (69%)	4 (89%)	7 (82%)
Ощущаемость времени (ОВ)	-7 (89%)	6 (66%)	6 (73%)	3 (92%)	6 (73%)	7 (79%)

а «3» — со значительной выраженностью этого качества времени для испытуемого). В каждом ряду СДВ респондент подчеркивал прилагательное, соответствующее в данный момент его ощущению времени.

Далее рассмотрим низкие показатели по шкалам в сравнительном анализе.

Как видно из сравнительного анализа диагностического этапа у пациентов (табл. 4):

- в АВ/настоящее низкая активность, которая проявляется ощущением недостатка сил и энергии, признаками утомления, пассивностью, созерцательностью, инертностью, стабильностью внутренней жизни;

- в ЭВ/настоящее низкая аффективная характеристика психологического времени. Преобладание в структуре переживаний испытуемого негативных эмоций и чувств, актуализация в сознании негативных аспектов действительности, фрустрированность, неудовлетворенность жизненными обстоятельствами, пессимистичность. Мрачное видение настоящего соответствует широкому спектру негативных эмоциональных состояний (беспокойству, раздражению, тревоге, подавленности, печали, гневу и др.), а также относительно стабильные эмоционально-личностные характеристики (тревожности, депрессивности, ипохондричности, раздражительности, дисфоричности и др.);

- в СВ/прошлое низкие показатели свидетельствуют о субъективном восприятии внешнего и внутреннего мира в оцениваемый период времени как недостаточно упорядоченных, слабо структурированных, неподконтрольных, трудно прогнозируемых. Отсутствие четких представлений о закономерностях происходящих событий, логических связях между ними, а также трудности в самоанализе, обуславливающие высокую вероятность интрапсихических конфликтов, могут проявляться непоследовательностью, импульсивностью в поведении, чувством смятения, растерянности, трудностями в объяснении личных поступков, желаний, побуждений;

- в ОВ/настоящее низкие показатели говорят о нарушении психологической связи обследуемого с действительностью, которое сопряжено

с недостатком интеллектуальной и эмоциональной вовлеченности в актуальную ситуацию (события прошедшего, будущего), потерей ощущения личностной значимости происходящего.

После проведения психокоррекционных мероприятий наблюдается улучшение по шкалам, что свидетельствует о положительной динамике. Пациенты начинают верить, что рак может быть излечим, что человеческий организм обладает множеством ресурсов для борьбы с болезнью и способен побеждать ее. Возвращается интерес к жизни, больные адекватно оценивают ситуацию, стараются искать рациональные пути к выздоровлению, обретают надежду на лучшее. Данный опыт показал, что онкологические пациенты могут достичь хороших результатов с помощью правильно подобранных психокоррекционных мероприятий.

Таким образом, оказанная психологическая помощь онкологическим пациентам на всех этапах лечения способствует:

- снижению психического напряжения, коррекции тревожно-депрессивного состояния, нормализации настроения;

- улучшению качества жизни и преодолению различных страхов и предрассудков относительно неизлечимости обнаруженного заболевания;

- замене негивных мыслей на позитивные, которые ориентированы на то, чтобы пациент стал действующим лицом, участвующим в восстановлении своего здоровья, координатором своих перспективных планов на будущее.

В заключение необходимо отметить, что психологическая помощь онкологическим пациентам является особенно важной. В задачи входит психологическое сопровождение пациента на протяжении всех этапов лечения, во время которых психолог оказывает ему необходимую эмоциональную поддержку и развивает в нем мотивацию на борьбу с болезнью.

Бесспорно, жизнь человека сложна и непредсказуема. Все-таки в онкологической болезни очень много неопределенности, поэтому задача психолога, на наш взгляд, помочь человеку возродить желание жить.

1. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Прикладная психология. 1999. № 1. С. 41–47.
2. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Новая медицинская технология / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2005. 23 с.
3. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психологическая диагностика отношения к болезни / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2005. 32 с.
4. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Червинская К. Р. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2009. 43 с.
5. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. Т. 5, № 1. С. 5–11.
6. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер; 2010.
7. Жмуров В. А. Психопатология: учеб. пособие. М.: Медицинская книга, 2002. 668 с.
8. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. СПб.: София, 2001. 320 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
10. Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. 167 с.
11. Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Чулкова В. А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. № 4, спецвып. 1. С. 54–58.
12. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Психологическая помощь онкологическим больным. Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2010. Вып. 1. С. 185–191.

References

1. Astapov V. M. Funktsionalnyy podkhod k izucheniyu sostoyaniya trevogi [The functional approach to the study of anxiety]. *Prikladnaya psikhologiya — Applied Psychology*, 1999, (1), pp. 41–47 (in Russian).
2. Bizyuk A. P., Vasserman L. I., Iovlev B. V. *Primeneniye integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): metodicheskiye rekomendatsii* [The application of the integrative test of anxiety (ITA): Methodic recommendations]. St. Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2005. 23 p. (In Russian).
3. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological assessment of attitude towards the disease]. St. Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2005. 32 p. (In Russian).
4. Vasserman L. I., Trifonova Ye. A., Chervinskaya K. R. *Semanticheskii differentsial vremeni: ekspertnaya psikhodiagnosticheskaya sistema v meditsinskoj psikhologii* [Semantic time differential: The expert psychodiagnostic system in medical psychology]. St. Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2009. 43 p. (In Russian).
5. Gnezdilov A. V. *Psikhicheskiye izmeneniya u onkologicheskikh bolnykh* [Psychological changes in cancer patients]. *Prakticheskaya onkologiya — Practical Oncology*, 2001, 5 (1), pp. 5–11 (in Russian).
6. Dobryakov I. V. *Perinatalnaya psikhologiya* [Perinatal psychology]. St. Petersburg: Piter Publ., 2010. 272 p. (In Russian).
7. Zhmurov V. A. *Psikhopatologiya* [Psychopathology]. Moscow: Meditsinskaya kniga Publ., 2002. 668 p. (In Russian).
8. Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969. 260 p. (Rus. ed.: Kübler-Ross E. *O smerti i umiranii*. St. Petersburg: Sofiya Publ., 2001. 320 p.).
9. Mendeleevich V. D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and medical psychology]. Moscow: MEDpress-inform Publ., 2008. 12 p. (In Russian).
10. Nemchin T. A. *Sostoyaniye nervno-psikhicheskogo napryazheniya* [Neuropsychiatric states]. Leningrad: Leningrad State University Publ., 1983. 167 p. (In Russian).
11. Semiglazova T. Yu., Karitskiy A. P., Chulkova V. A. *Psikhologicheskiye aspekty lecheniya onkologicheskikh bolnykh* [Psychological aspects of treatment of cancer patients]. *Zlokachestvennyye opukholi — Malignant Tumours*, 2016, 21 (4), pp. 54–58 (in Russian). doi: 10.18027/2224–5057–2016–4s1–54–58.
12. Chulkova V. A., Pestereva Ye. V. *Psikhologicheskaya pomoshch onkologicheskim bolnym* [Psychological assistance to oncological patients]. *Vestnik of Saint Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy*, 2010, (1), pp. 185–191 (in Russian).