

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

«Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Изучение эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга

Обучающийся

Н.В. Гладких

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретическое исследование эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.....	10
1.1 Понятие эмоциональной сферы личности в психологии.....	10
1.2 Особенности эмоционального состояния лиц с онкогематологическими заболеваниями.....	23
Глава 2 Эмпирическое исследование эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.....	37
2.1 Организация и методы исследования эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.....	37
2.2 Результаты исследования эмоциональной сферы мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга.....	45
2.3 Психологическое сопровождение лиц на этапе трансплантации костного мозга.....	62
Заключение	76
Список используемой литературы	79
Приложение А Примеры рисунков мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга.....	84
Приложение Б Работа с картами МАК.....	85

Введение

В последнее десятилетие отмечается существенное увеличение количества случаев онкологических заболеваний как в России, так и во всем мире. При этом злокачественные новообразования кроветворной системы занимают лидирующие позиции по числу летальных исходов на ранних стадиях заболевания, особенно в острый период. Тяжелое физическое состояние пациентов с онкогематологическими заболеваниями сопровождается психологическим дискомфортом и индивидуальными проявлениями эмоциональной сферы, требующими особого внимания и поддержки.

Трансплантация костного мозга представляет собой сложный и многоступенчатый процесс, который неизбежно сопровождается эмоциональными и психологическими трудностями. Лица с онкогематологическими заболеваниями, находящиеся в ожидании трансплантации, испытывают широкий спектр чувств, включая страх, неопределенность и тоску. Ожидание донорских клеток может усиливать чувство уязвимости и изоляции, поскольку пациенты сталкиваются с вопросами своей жизни и здоровья. Кроме того, процесс подготовки к трансплантации, время госпитализации требует значительных изменений в образе жизни, что может вызвать дополнительно стресс и проявление различных чувств. Психологическое и эмоциональное состояние пациента может влиять на ход лечения: оптимизм и положительные эмоции, эмоциональная поддержка способны повысить шансы на успешное вмешательство. В этом контексте крайне важна работа психологов и психотерапевтов, направленная на психологическую поддержку и адаптацию пациентов.

Эмоциональная сфера личности – сложное и многогранное понятие. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования ученых и психологов

разных исторических периодов. Значительный вклад в развитие теории эмоциональной сферы личности как феномена внесли ученые и современные психологи, социологи, философы российской (Б.Г. Ананьев, А.Г. Асмолов, В.А. Аверин, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, К.Е. Изард, И.С. Кон, М.С. Кельнер, А.Н. Леонтьев, О.И. Мотков, С.Л. Рубинштейн, Д.Н. Узнадзе) и зарубежной школы (Ф. Оллпорт, Т. Парсонс, К. Роджерс, Э. Толмен, А. Шиле, У. Штерн) [3,4,7,13, 25, 34, 36,41].

Несмотря на достижения в области медицины, многие пациенты сталкиваются с серьезными эмоциональными и психологическими трудностями, которые могут негативно сказаться на их физическом состоянии и общем процессе восстановления. Эмоциональные изменения, такие как страх, тревога, депрессия, нарушения сна, переживания, могут возникать как до, так и после операции, и их влияние на пациентов требует более глубокого изучения. Эти чувства могут оказывать значительное влияние на общее состояние здоровья и настроения на лечение, что делает их изучение необходимым для разработки эффективных методов поддержки и оказания им профессиональной психологической помощи.

Пациенты с онкологическими заболеваниями часто страдают психическими расстройствами, характерными для любых тяжелых соматических заболеваний. Однако онкология в гематологии представляет собой исключительный источник длительного стресса, вызывающий специфические психогенные реакции на всех этапах лечения. Клиническая картина этих реакций весьма разнообразна, но наиболее частыми проявлениями являются: постоянное беспокойство о течении болезни и прогнозе; депрессивные состояния от легкой меланхолии до выраженной тоски и апатии; астения характеризуется повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна и плаксивостью; навязчивая сосредоточенность на собственной болезни, приводящая к угнетенному настроению. Также могут наблюдаться дисфорические состояния с

преобладанием мрачного, злобного и раздражительного настроения, сопровождающиеся вспышками агрессии [27].

Таким образом, исследование психологических особенностей и эмоций лиц с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга является актуальным для обеспечения комплексного подхода к их лечению, психологическому сопровождению и реабилитации.

Изучение научной литературы по проблеме исследования позволили выявить противоречие между: научно-практической значимостью проблем лиц с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга и малым количеством работ, посвященных исследованиям эмоциональной сферы данных лиц.

Актуальность исследования и указанные несоответствия позволили выделить проблему исследования, состоящую в выявлении особенностей эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.

Объект исследования – эмоциональная сфера личности.

Предмет исследования – особенности эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.

Цель исследования – изучение особенностей эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что существуют различия в проявлениях эмоциональной сферы у мужчин и женщин, проходящих трансплантацию костного мозга: женщины более эмоциональны, способны к сопереживанию, открыты к взаимодействиям и поддержке со стороны; мужчины чаще сдерживают свои чувства, предпочитают справляться с проблемами самостоятельно, менее критичны к себе, принимают различные свои стороны.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

– изучить проблему эмоциональной сферы личности в психологии;

- рассмотреть особенности эмоционального состояния лиц с онкогематологическими заболеваниями;
- подобрать методики и выявить различия у мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга;
- разработать систему психологического сопровождения лиц на этапе трансплантации костного мозга.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- фундаментальные положения: культурно-исторического подхода о социальной ситуации развития (Л.С. Выготский, Л.И. Божович), комплексный, междисциплинарного подхода к исследованию (Б.Г. Ананьев), биопсихосоциальной модели психических расстройств (Б.Д. Карвасарский, Р.Ж. Мухамедрахимов, А.Б. Холмогорова);
- подходы к изучению эмоциональной сферы личности онкологических больных (М.П. Аралова, Е.Ф. Бажин, Н.Н. Блинов, И.Д. Бородина, В.Н. Герасименко, С.В. Готье, О.Г. Желудкова, П.Б. Зотов, К.Е. Изард, А.В. Квасненко, Р. Конечный, О.Ю. Микита).

Методы исследования:

- теоретические: анализ, сравнение, систематизация психологических данных по теме исследования;
- эмпирические (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) в адаптации А.В. Андрющенко; Шкала психологического благополучия Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленкова, Т.П. Фесенко); Тест на стрессоустойчивость «Я и стресс» Г.Б. Мониной и Н.В. Раннала; Тест нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич); проективная методика «Дерево» К. Коха.
- методы математической статистики: описательная статистика, с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Экспериментальная база исследования. В исследовании приняли участие 30 человек, в возрасте от 19 до 65 лет. Среди них мужчин 15 человек, что составило 50%, женщин 15 человек – 50%.

Набор наблюдений и опыта были проведены на базе отделения химиотерапии и трансплантации костного мозга, ФГБУН «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови» ФМБА России, в городе Кирове, Кировской области.

Научная новизна исследования заключается в описании особенностей и гендерных различий эмоциональной сферы взрослых пациентов с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга.

Теоретическая значимость исследования состоит в систематизации взглядов по особенностям эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты исследования учитываются в рекомендациях по психологическому сопровождению лиц на этапе трансплантации костного мозга и предполагают разноплановые программы для мужчин и для женщин, основываясь на индивидуальном подходе и интеграции различных методов психотерапии и психологии.

Представленные рекомендации по организации психологического сопровождения больных с онкогематологическими заболеваниями в отделении трансплантации гемопоэтических стволовых клеток важны и могут применяться в практической медицинской психологии.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались применением общепринятых психологических методик, адаптированных на российской выборке. Эмпирический материал диссертации включает результаты психологического обследования и психологического сопровождения 30 человек онкогематологического

профиля, которым предложен метод лечения – аллогенная трансплантация костного мозга.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в формировании программы и плана исследования, личном анализе научных трудов по теме работы, сборе эмпирических данных о пациентах и проведении их психологического обследования, статистической обработке данных, подготовке публикаций и текста диссертации. Систематизация, анализ, интерпретация, изложение полученных данных, подготовка текста диссертации, выполнены автором лично. Психологическое сопровождение пациентов в отделении химиотерапии и трансплантации костного мозга проводилось автором лично.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. Его результаты были доложены на клинической врачебной конференции института по теме: «Трансплантация костного мозга, этапы, ведение пациентов. Эмоциональная сфера личности и психологическое сопровождение».

Исследование проходило в три этапа.

Первый этап (октябрь 2022 – апрель 2023 гг.) – теоретико-аналитический: изучение научно-методической литературы по проблеме исследования, определение его концептуального аппарата, формулирование гипотезы, формирование выборки исследования, подбор психодиагностического инструментария.

Второй этап (май 2023 – октябрь 2023 гг.) – эмпирический: проведение диагностических тестов для выявления особенностей эмоционального состояния пациентов на этапе трансплантации костного мозга, психологическое сопровождение на протяжении всего периода нахождения в стационаре.

Третий этап (ноябрь 2023 – январь 2025 гг.) – интерпретационный: интерпретация результатов исследования, разработка рекомендаций по

тестированию и психологическому сопровождению мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга.

На защиту выносятся следующие положения:

- эмоциональная сфера лиц на этапе трансплантации костного мозга характеризуется высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, депрессивными реакциями, пониженным фоном настроения, снижением психологического благополучия;
- психологическое сопровождение мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга должно быть направлено на снижение эмоциональной нагрузки и переживаний, усиление положительных эмоций, включение в процесс лечения и восстановления.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 17 рисунков, 14 таблиц, список используемой литературы (51 источник), 2 приложения. Основной текст работы изложен на 83 страницах.

Глава 1 Теоретическое исследование эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга

1.1 Понятие эмоциональной сферы личности в психологии

Эмоциональная сфера личности – сложное и многогранное понятие. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования ученых и психологов разных исторических периодов.

«Познавая действительность, человек так или иначе относится к предметам, явлениям, событиям, к другим людям, к своей личности. Одни явления действительности радуют его, другие – печалют, третьи – возмущают. Радость, печаль, восхищение, возмущение, гнев, страх – все это различные виды субъективного отношения человека к действительности. В психологии эмоциями называют процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний. Эмоции, чувства служат для отражения субъективного отношения человека к самому себе и к окружающему его миру» [4].

«Эмоциональная сфера (или в более общем понятии – эмоции) – это отражение субъективного отношения к значимым для человека предметам и явлениям. Следовательно, наиболее существенной характеристикой эмоций является их субъективность.

Эмоции – особый класс субъективных психологических состояний, отражающих в форме непосредственных переживаний (приятных или неприятных) процесс и результаты практической деятельности, направленной на удовлетворение его актуальных потребностей. Поскольку все то, что делает человек, в конечном счете служит цели удовлетворения его разнообразных потребностей, постольку любые проявления активности человека сопровождаются эмоциональными переживаниями» [38].

Эмоции, утверждал Ч. Дарвин, «возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа устанавливают значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для них потребностей» [21].

«Эмоции играют ключевую роль в формировании личности, оказывая влияние на поведение, самооценку и межличностные отношения. В современном мире, где эмоциональные реакции становятся важными индикаторами психического здоровья и социального взаимодействия, изучение эмоциональной сферы личности приобретает особую значимость» [13].

«Для каждого человека эмоциональная сфера занимает свое место в структуре личности. Как известно, все люди разные, поэтому и эмоциональная сфера у всех разная. Формирование эмоциональной сферы зависит от многих природных факторов: темперамента, эмоциональной устойчивости, возбудимости. Также проявление эмоций в поведении зависит от мотивов человека, от его ценностей, культурно-исторических событий, национальности, образа жизни и его личной истории жизни» [2].

«Эмоциональная сфера состоит из нескольких компонентов и включает в себя: эмоции, чувства, привязанности и настроение.

Опишем структуру эмоциональной сферы.

Эмоциональную возбудимость — готовность эмоционального реагирования на значимые для человека раздражители. При повышенной эмоциональной возбудимости эмоциональные реакции в ответ на более слабые внешние и внутренние воздействия.

Сила эмоций — энергизация деятельности в зависимости от удовлетворения или неудовлетворения мотивов. Некоторые люди могут испытывать чувства такой силы и интенсивности, на которые другие оказываются неспособными» [2].

«Эмоциональная устойчивость – сопротивляемость действию эмоциогенных факторов, контроль импульсов и влечений, терпеливость, ведущие к стабильности состояния.

Эмоциональная лабильность – подвижность эмоций, благодаря которой человек быстро реагирует на смену ситуаций и обстоятельств, свободно выходит из одних эмоциональных состояний и входит в другие» [2].

«Общая эмоциональная направленность личности проявляется в том, какие эмоции оказываются наиболее близкими человеку, наиболее желательными и устойчивыми, обуславливает избирательность отношения субъекта к явлениям природы и искусстваа, жизненным ситуациям и окружающим его людям.

В психологии под эмоциями понимают процессы и состояния, отражающие значимость чего-либо для человека в виде переживания. Другими словами, эмоции являются показателем важности объекта или явления для человека и проявляются в ответ на событие» [2].

Ключевыми фигурами в изучении эмоций являются как классические психологи, такие как Уильям Джеймс и Курт Левин, так и современные исследователи, которые развивают концепции эмоционального интеллекта и его влияния на личностное развитие. Их работы помогают глубже понять, как эмоции формируют наше поведение и взаимодействие с окружающими [31].

Идею связи развития эмоций и других сторон личности, высказывал Л.С. Выготский. Говоря о развитии эмоций в детском возрасте, он отметил: «Это делает важным и понятным то, что было открыто с психологической стороны другими экспериментаторами, – теснейшую связь и зависимость между развитием эмоций и развитием других сторон психической жизни человека» [14].

Психологи, такие как Карл Густав Юнг, утверждали, что эмоции – это мощные силы, которые могут оказывать влияние на наше поведение и

восприятие мира. Он говорил: «Эмоции — это вибрации души, которые определяют наше существование» [46].

Поль Экман, известный психолог, исследовал мимику и выражение эмоций. Он разработал теорию, согласно которой существует шесть основных эмоций: радость, удивление, страх, гнев, отвращение и грусть. Экман утверждал, что эти «эмоции универсальны и могут быть распознаны независимо от культуры» [51].

Дэниел Гоулман, автор книги «Эмоциональный интеллект», подчеркивает важность управления эмоциями. Он утверждает, что эмоциональный интеллект (EQ) может быть более важным для успеха, чем IQ. Гоулман говорит: «Эмоциональный интеллект – это способность распознавать и управлять своими эмоциями, а также эмоциями других людей» [50].

Абрахам Маслоу, известный своими исследованиями в области мотивации, считал, что эмоции играют важную роль в достижении высших уровней потребностей. Он утверждал, что удовлетворение базовых потребностей, таких как безопасность и принадлежность, необходимо для достижения высших уровней, таких как самореализация.

Антонио Дамасио, нейробиолог, изучавший связь между эмоциями и когнитивными процессами, утверждает, что эмоции влияют на принятие решений. Он говорит: «Эмоции – это не просто реакция на события, они активно участвуют в формировании наших мыслей и действий» [47].

Клод Леви-Стросс, антрополог, исследовал влияние культуры на эмоции. Он утверждал, что эмоции могут быть интерпретированы по-разному в зависимости от культурных норм и традиций, то есть эмоции – это не только биологические реакции, но и социальные конструкции.

Жан Пиаже, известный психолог, изучавший когнитивное развитие, утверждал, что эмоции играют важную роль в процессе обучения и развития личности. Он считал, что эмоции – это ключ к пониманию и развитию личности.

Карл Роджерс, основатель клиент-центрированной терапии, считал, что эмоции являются важным аспектом психотерапии. Он утверждал, что признание и принятие эмоций клиента – это ключевой элемент успешного лечения. Роджерс говорил: «Эмоции – это дверь к пониманию внутреннего мира человека» [40, 49].

Ганс Селье, известный исследователь стресса, утверждал, что эмоции могут оказывать значительное влияние на уровень стресса. Он утверждал, что «Эмоции – это реакция организма на стресс, и они могут как помочь, так и навредить» [42].

Джон Готтман, психолог, исследующий межличностные отношения, утверждает, что эмоции играют ключевую роль в формировании и поддержании отношений, то есть эмоции – это язык, на котором мы общаемся с другими людьми.

«С темой эмоций работали многие ученые: С.А. Амонашвили, Л.С. Выготский, И.В. Дубровина, В.С. Мухина, С.Л. Рубинштейн, А.А. Шевцов. Были предприняты неоднократные попытки классификации составляющих эмоциональной сферы, но ни одна из них не стала абсолютно исчерпывающей» [13, 41, 45, 48].

«В большинстве случаев попытки создания таких классификаций завершались разбиением эмоций и иных состояний, составляющих эмоциональную сферу личности, на несколько кластеров с нечетким описанием содержимого и границ между ними. Современные зарубежные исследователи также не единожды пытались построить стройную классификацию эмоциональных состояний и аффектов в составе эмоциональной сферы, однако этот подход также привел к разбиению эмоций на два десятка классов с помощью большого количества признаков. По мнению исследователей, классификация оказалась бы полезной в процессе самопознания большому количеству людей, потому что люди зачастую

совершают нелогичные поступки, сами не вполне понимая, почему так происходит» [43].

«В современном мире не существует общепризнанной единой теории эмоций. В настоящее время очень распространена потребностно-информационная теория, автором которой является П.В. Симонов. Эта теория основана на том, что, когда у человека есть определенные потребности, он оценивает возможности их удовлетворения. И в зависимости от этого возникает та или иная эмоция» [43]. «Например, когда человек понимает, что у него достаточно ресурсов для удовлетворения потребности, возникает положительная эмоция, а когда ресурсов недостаточно, возникают отрицательные эмоции. Эта идея была развита Е.П. Ильиным, который создал классификацию эмоций. По его мнению, эмоции делятся на: положительные эмоции и отрицательные эмоции. Положительные эмоции – это эмоции, которые возникают при удовлетворении тех или иных потребностей человека. Эти эмоции вызываются возбуждением центров удовольствия центральной нервной системы (радость, интерес, веселье). Отрицательные эмоции – это эмоции, возникающие при неудовлетворении той или иной потребности организма. Эти эмоции вызываются возбуждением центров неудовольствия центральной нервной системы (грусть, печаль, злость)» [24]. «Также некоторые ученые добавляют к этой классификации нейтральные эмоции, то есть без определенного знака. К таким эмоциям можно отнести, например, удивление» [24].

«Ученые И.А. Сикорский, Н.Я. Грот, Н.Н. Ланге, В.В. Зеньковский первыми заговорили об эмоциях в начале XX века. И.А. Сикорский утверждал, что эмоции у детей возникают значительно раньше других психических функций и до определенного времени отражают более важную сторону их психики» [20,30]. Из этого можно сделать вывод, что ученые с самого начала понимали важность эмоций в жизни человека. С.Л. Рубинштейн дал следующее определение понятия «эмоции». «Эмоции – это, прежде всего, сама

естественность поведения ребенка, непосредственность, изящество и свобода. Когда, по мнению этого исследователя, в душе ребенка укореняется интерес к окружающему миру, то период раннего детства уже заканчивается, эмоциональная сфера перестает играть свою прежнюю роль и непосредственность, изящество души ребенка, постепенно исчезает» [41].

«Определение, которое используется сейчас большинством психологов, предложил Н.Н. Ланге. Он говорил о том, что эмоции – это душевные движения» [30].

«По мнению ученого Н.Л. Кряжева эмоции основаны на переживаниях, побуждающих субъекта к действию или активности. Так что можно сказать, что эмоции показывают человеку его желания и цели, регулируют поведение и помогают лучше понять себя» [2].

«В психологии эмоций выделяют три уровня: Переживание (осознание) эмоций; физиологические системы; эмоциональное состояния.

Психологи предпринимали неоднократные попытки выделения основных, базовых эмоций человека. Перечислим некоторые из них, согласно классификации К. Изарда, которая является в данный момент самой распространенной. К. Изард выделяет следующие основные (фундаментальные) эмоции: «радость, удивление, грусть, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд» [25].

«Эмоциональная сфера в жизни человека играет огромную роль, потому что позволяет понять, что нравится, а что нет, что страшно, а что нет, то есть отражает отношение человека к чему-либо. А главное то, что эмоциональная сфера никогда не врёт. Человек не может удержать свои эмоции и чувства, хотя может их осознавать и контролировать, но тем не менее они все равно возникают» [25].

«Е.П. Ильин выделяет следующие функции эмоций:

- отражательно-оценочная (показывает значимость для человека тех или иных событий, предметов, то есть с помощью эмоций человек может понять, что для него важно, а что нет);
- побудительная (эмоция побуждает человека к действию);
- активирующая (та или иная эмоция активирует определенную часть головного мозга, это приводит к более активной или наоборот менее активной деятельности человека (эмоциональная возбудимость));
- регулирующая (эмоции влияют на направление и осуществление деятельности субъекта, эмоции придают окраску всему происходящему вокруг человека);
- синтезирующая (из многих частей в одно целое, то есть эмоции объединяют в одно целое события, которые происходили в разное время);
- защитная (эмоции предупреждают о реальной или мнимой опасности и помогают человеку лучше продумать ход действий);
- экспрессивная (эмоции помогают человеку устанавливать контакт с другими людьми)» [24].

Необходимо помнить о важности эмоциональной сферы в жизни каждого человека, потому что именно эмоции позволяют нам понять себя в первую очередь, но также и окружающих. Эмоции являются определителем важности событий для человека.

Поэтому вместе с характеристикой эмоциональной сферы как понятия многие ученые говорят о важности правильного развития данной сферы.

Так, например, Л.С. Выготский говорит, что «эмоциональная сфера – основа всех остальных сфер психики человека» [13, 14]. «Крайне важно осознать, что базовые эмоции (радость и печаль) присутствуют у всех людей от рождения и проявляются в разных ситуациях. Однако для того, чтобы человек был эмоционально благополучным, необходимо целенаправленное развитие эмоциональной сферы. Радует то, что многие ученые активно

занимаются изучением эмоционального развития и в современном мире наблюдается возрастающий интерес к эмоциональной сфере человека» [13].

«Интерес есть и к волевому усилию, которое также имеет отношение к эмоциональной сфере личности. Интересный подход в понимании природы волевого усилия в регуляции деятельности развивает в настоящее время В.К. Калинин. Он выделяет особую внутреннюю активность человека, проявляющуюся в наиболее простых случаях действия в виде волевых усилий, а в сложных условиях – как развёрнутое внутреннее действие по мобилизации ресурсов и организации психических процессов в соответствии с задачей, решаемой человеком. В.К. Калинин считает, что эмоции обеспечивают общую мобилизацию всех систем организма, в то время как волевая регуляция обеспечивает избирательную мобилизацию психофизических возможностей человека. За волевой регуляцией закрепляется функция сознательного изменения степени «включения» эмоций. В.Н. Калинин отмечает, что «эмоциональная и волевая регуляции могут совпадать по направлению или создавать конкурирующие доминанты. Вместе с разделением рассматриваемых видов регуляции автор обращает внимание на их тесную связь» [26].

«Таким образом, эмоции играют важнейшую роль в нашей жизни. Если человек лишен возможности испытывать эмоции, наступает так называемый «эмоциональный голод», который человек стремится удалить, снизить слушая любимую музыку, смотря остросюжетные детективы, посещая дух захватывающие аттракционы, читая любовные романы» [15].

«Эмоции тесно связаны с функционированием человеческого организма. Так, например, при эмоциональных переживаниях изменяется кровообращение: учащается или замедляется сердцебиение, изменяется тонус кровеносных сосудов, повышается или понижается кровяное давление. В результате при одних эмоциональных переживаниях человек краснеет, при других – бледнеет. Сердце настолько чутко реагирует на все изменения

эмоциональной жизни, что в народе его всегда считали вместилищем, органом чувств, несмотря на то, что изменения происходят и в дыхательной, и в пищеварительной и в секреторной системах» [1].

«Одним из важных эмоциональных состояний является настроение. Настроение – самое длительное, или «хроническое», эмоциональное состояние, окрашивающее все поведение. Настроение отличают от эмоций меньшей интенсивностью и меньшей предметностью. Оно отражает бессознательную обобщенную оценку того, как на данный момент складываются обстоятельства. Настроение может быть радостным или печальным, веселым или угнетенным, бодрым или подавленным, спокойным или раздраженным» [37].

«Настроение существенно зависит от общего состояния здоровья, от работы желез внутренней секреции и особенно от тонуса нервной системы. Причины того или иного настроения не всегда ясны человеку, а тем более окружающим его людям. Недаром говорят о безотчетной грусти, беспричинной радости, и в этом смысле настроение – это бессознательная оценка личностью того, насколько благоприятно для нее складываются обстоятельства. В этом настроения похожи на собственно эмоции и близки к сфере бессознательного. Но причина настроения всегда существует и в той или иной степени может быть осознана. Ею могут быть окружающая природа, события, выполняемая деятельность и, конечно, люди» [6].

«Настроения могут различаться по продолжительности. Устойчивость настроения зависит от многих причин – возраста человека, индивидуальных особенностей его характера и темперамента, силы воли, уровня развития ведущих мотивов поведения. Настроение может окрашивать поведение человека в течение нескольких дней и даже недель. Более того, настроение может стать устойчивой чертой личности. Именно эту особенность настроения подразумевают, когда делят людей на оптимистов и пессимистов» [6].

«Настроения имеют огромное значение для эффективности деятельности, которой занимается человек. Например, известно, что одна и та же работа при одном настроении может казаться легкой и приятной, а при другом –тяжелой и удручающей. Естественно, что при хорошем настроении человек в состоянии выполнить гораздо больший объем работы, чем при плохом» [2].

«Настроение тесно связано с соотношением между самооценкой человека и уровнем его притязаний. У лиц с высокой самооценкой чаще наблюдается повышенное настроение, у лиц же с заниженной самооценкой выражено склонность к пассивно-отрицательным эмоциональным состояниям, связанным с ожиданием неблагоприятных исходов. Поэтому настроение может стать причиной отказа от действий и дальнейшего снижения притязаний, что может привести к отказу от удовлетворения данной потребности» [6].

«Представленные характеристики видов эмоциональных состояний являются достаточно общими. Каждый из перечисленных видов имеет свои подвиды, которые будут различаться по интенсивности, продолжительности, глубине, осознанности, происхождению, условиям возникновения и исчезновения, воздействию на организм, динамике развития, направленности» [2].

Проблема эмоциональной сферы личности в психологии является одной из ключевых тем, изучаемых учеными и практиками. Личность и ее эмоции, как совокупность устойчивых характеристик человека, формирует его поведение, восприятие и взаимодействие с окружающим миром. Психологические особенности, такие как темперамент, характер, мотивация и эмоциональная сфера, оказывают значительное влияние на все аспекты жизни индивида.

На протяжении десятилетий психологи пытались классифицировать и понять различные аспекты эмоциональной сферы личности. Теории,

предлагаемые такими мыслителями, как З. Фрейд, К. Юнг и А. Маслоу, продолжают влиять на современные исследования. З. Фрейд подчеркивал роль бессознательного, в то время как А. Маслоу акцентировал внимание на потребностях и самоактуализации.

Формирование личностных и эмоциональных характеристик тесно связано с социальными условиями жизни индивида. Эти характеристики охватывают целевую направленность, мотивацию, когнитивные процессы, продуктивность и рефлексивно-оценочную сферу. По мнению А.И. Крупнова, каждый из этих компонентов включает две полярные переменные: гармоническую и агармоническую. «Гармоническая переменная способствует проявлению соответствующего свойства, проявляясь в силе, устойчивости и многообразии стремлений. Агармоническая переменная, напротив, препятствует проявлению этого свойства, характеризуясь неустойчивостью и слабым устремлением к самореализации» [28].

При исследовании характеристик эмоциональной сферы личности необходимо учитывать, как половые, так и возрастные различия.

Половой аспект. Психика человека формируется под влиянием как биологических, так и социальных факторов. Мужчины, как правило, демонстрируют большую эмоциональную стабильность, склонность к концентрации, логическому мышлению и интровертированному поведению. Женщины же характеризуются повышенной эмоциональностью, чувствительностью, лучшей памятью, быстротой реакции и преобладанием интуитивного восприятия.

Возрастной аспект. Каждая стадия жизни человека сопровождается специфическими особенностями психики и поведения. Например, в период с 18 до 29 лет наблюдается существенная реструктуризация личности, рост внимания и интеллектуальных способностей. Это связано с определением жизненных ценностей, профессионального пути и созданием семьи. В возрасте от 30 до 33 лет интеллект вновь повышается, но к 40 годам начинается

его постепенное снижение. После 40 лет отмечается замедление когнитивных и эмоциональных процессов.

Чувства и эмоции играют важную роль в психической жизни человека. В отличие от эмоций, чувства отличаются устойчивостью и постоянством отношения личности к определенному объекту или явлению. Типология чувств обычно включает в себя моральные, эстетические и интеллектуальные. Эмоции выполняют оценочную, регулятивную, коммуникативную и сигнальную функции.

Физиологическое проявление эмоций обусловлено взаимодействием нескольких систем организма:

- вегетативная нервная система регулирует физиологические процессы, связанные с эмоциональным возбуждением, такие как частота сердечных сокращений, дыхание и потоотделение;
- эндокринная система отвечает за выработку гормонов, оказывающих влияние на эмоциональное состояние;
- мозг играет ключевую роль в обработке информации и формировании эмоциональных реакций [36].

Итак, проблема эмоциональной сферы личности в психологии представляет собой многогранный и многослойный объект исследования, охватывающий различные аспекты человеческой жизни. Личность, как уникальная структура, формируется под воздействием генетических факторов, социальных условий и индивидуального опыта. Психологические особенности личности включают в себя такие характеристики, как темперамент, характер, ценности и мотивацию. Они влияют на способ взаимодействия индивида с окружающим миром, определяют модели поведения и эмоциональные реакции.

1.2 Особенности эмоционального состояния лиц с онкогематологическими заболеваниями

Пациенты с онкологическими заболеваниями крови, страдающие от тяжелого физического состояния, часто сталкиваются с психологическими трудностями. Эти трудности могут оказать влияние на их самовосприятие, отношения с близкими родственниками и медицинским/немедицинским персоналом, а также на их поведение в целом. Эпидемиологические исследования указывают на высокую распространённость психических расстройств у данной категории больных. Эти нарушения имеют сложную этиологию, обусловленную комплексным воздействием на психику пациентов ряда факторов:

- соматогенно-астенизирующих: связанных с основным заболеванием и его физическими проявлениями;
- экзогенно-органических: возникающих под влиянием внешних факторов, таких как химиотерапия и лучевая терапия, вызывающие соматический дискомфорт, массивная инфузионная терапия;
- психотравмирующих: связанных с процессом диагностики и лечения онкологического заболевания, «включая общественные стереотипы о его прогнозах (низкая излечиваемость), высоком проценте летальных исходов и рецидивов» [18].

«Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (далее – ТГСК) представляет собой передовой метод терапии, предлагающий новые возможности для успешного лечения пациентов с онкогематологическими заболеваниями, которые не отвечают на стандартное химиотерапевтическое лечение или имеют высокий риск рецидива. Однако сама процедура ТГСК является сложным и продолжительным лечением, сопряжённым с высокой степенью неопределённости и риском неблагоприятного исхода. Пациенты сталкиваются с изоляцией и различными ограничениями, что делает ТГСК

одним из наиболее инвазивных и тяжёлых методов лечения как в медицинском, так и в психологическом плане. В связи с этим, пациент и его семья должны обладать высокими адаптационными способностями, которые напрямую влияют не только на психологическое благополучие, и эмоциональное состояние, но и косвенно на эффективность лечения в целом» [17].

Выполнение высокотехнологичных операций трансплантации сосредоточено в федеральных научных центрах или в ведущих медицинских центрах, обладающих современной материально-технической базой и высококвалифицированными медицинскими кадрами.

«С одной стороны трансплантация стволовых гемопоэтических клеток костного мозга является одним из наиболее эффективных методов терапии данных заболеваний. С другой стороны, у данной процедуры имеется и обратная сторона, заключающаяся в резком снижении качества жизни на неопределенный срок, зависящий от успешности приживления и дальнейшей интеграции донорских клеток в гемопоэтическую систему пациента» (Пушкарева, 1999). Отечественный опыт трансплантации органов и возникающих при этом у пациентов соматических и психических проблем рассмотрен в работах Ф.Е. Василюк, Е.П. Волынчек, М.М. Кабак, И.И. Стенина с соавторами, С.В. Готье, С.М. Хомяков, Н.В. Загородникова» [10, 17, 18] с соавторами. Также, изучая эмоциональные состояния онкогематологических пациентов, нужно понимать, что даже сам путь к процедуре пересадки костного мозга трудный, как в соматическом, так и в психологическом плане. Он включает в себя высокодозную химиотерапию, иногда лучевую терапию, как вспомогательную, терапию различных побочных эффектов лечения и сопутствующих заболеваний. На длительность лечения влияют и психологические особенности личности пациентов [27].

Соматическое состояние человека может негативно сказываться на его психике, приводя к расстройствам психической деятельности в контексте

соматического заболевания. Этот патогенный эффект может быть обусловлен как соматогенными, так и психогенными факторами, соотношение которых определяет характер заболевания. Соматогенное влияние болезни на психику связано с прямым воздействием неблагоприятных физиологических факторов (нарушений кровообращения или интоксикации) на центральную нервную систему, а также с интенсивной болевой стимуляцией. Сильная боль, в сочетании с другими симптомами (аккумуляция токсинов в крови, гипоксия), непосредственно воздействуя на головной мозг, может вызывать нарушения в сфере нервно-психической деятельности. Соматические заболевания оказывают негативное влияние на психическое состояние пациента в основном вследствие самого факта болезни и ее последствий. Ограничения в самочувствии, постоянная слабость, усталость и болевые ощущения в теле неизбежно приводят к психологическому дискомфорту. Несмотря на это, прямое токсическое воздействие соматических заболеваний на центральную нервную систему встречается редко и преимущественно при тяжелых формах болезни [39]. Субъективно-психологический аспект любой болезни принято обозначать как внутреннюю (или аутопластическую) картину болезни. Она формируется на основе эмоциональных переживаний, мыслей и знаний пациента о своей болезни [39].

В современной науке существует множество подходов к определению структуры и содержания внутренней картины болезни. Тем не менее, большинство исследователей выделяют в её составе следующие основополагающие компоненты:

- болевой (сенсорный) компонент: охватывает совокупность субъективно воспринимаемых болевых и неприятных ощущений, включая их локализацию, интенсивность и другие характеристики;
- эмоциональный (аффективный) компонент: отражает эмоциональное отношение пациента к своим симптомам, заболеванию в целом и его возможным последствиям;

- интеллектуальный (когнитивный) компонент: представляет собой систему знаний и представлений пациента о своей болезни, её причинах, последствиях и степени осознания заболевания;
- мотивационная, или волевая, сфера, как компонент, связана с желаниями и стремлениями индивида в контексте его отношения к собственному заболеванию, она обусловлена необходимостью адаптации поведения с целью поддержания здоровья [19].

Совокупность вышеперечисленных факторов, характеризующих заболевание, формирует модель болезни, включающую понимание его причин, развития, симптомов, лечения и прогноза. Однако, эта модель не всегда адекватно отражает качественное состояние здоровья человека, поскольку субъективное восприятие болезни может приводить к недооценке или преувеличению ее тяжести [44].

Профессор П.Б. Зотов, опираясь на анализ литературных данных о субъективном опыте болезни и собственный клинический опыт в онкологической практике, выделил пять основных типов восприятия заболевания у пациентов с онкологическими диагнозами. «Данная типология основана на особенностях представлений о природе болезни и используемых пациентами психологических защитных механизмов, к которым относятся: божественное, мистическое, биомеханическое, аутологическое и недифференцированное восприятие. В рамках каждого типа выделяются адаптивные и неадаптивные группы пациентов» [23].

Божественный тип. Пациенты, относящиеся к этому типу, характеризуются религиозной интерпретацией причин возникновения болезни. «Данный тип пациентов часто демонстрирует явные символы своей веры: ношение крестиков, колец с религиозными знаками, наличие икон и религиозной литературы в личном пространстве. Пациенты склонны связывать начало заболевания с внешними факторами и влиянием окружения. Они могут отмечать ухудшение состояния или появление новых симптомов

после постановки диагноза» [9]. Божественный тип веры в возникновение онкологического заболевания и можно классифицировать по степени распределения ответственности за развитие патологии между Богом и самим пациентом.

Мистический тип. Пациенты склонны придерживаться сверхъестественных объяснений причин своего заболевания. «Такое магическое мышление может проявляться в обращении к различным целителям, практикующим нетрадиционную медицину, проведении ритуалов и использовании альтернативных методов лечения, таких как иглоукалывание или уринотерапия. Также оно может выражаться в ношении амулетов, нетрадиционных изображений святых, колокольчиков и чтении специализированной литературы мистического характера» [6].

«Согласно концепции Л. Леви-Брюля, магическое мышление базируется на примитивном типе познания, где мистический смысл предметов, событий и людей тесно переплетен с эмоциями и не поддается рациональному объяснению» [33].

«В рамках данного типа выделяют два варианта неадаптивного поведения, в каждом из которых больной либо частично, либо полностью перекладывает ответственность за причину заболевания на внешние силы» [33].

Биомеханический тип. Онкологический больной, приписывая развитие заболевания нарушениям анатомической структуры и физиологических функций организма, демонстрирует склонность к рационализации своего состояния. Его поведение характеризуется активным поиском информации в специализированной литературе, использованием медицинской терминологии и конкретных понятий при описании симптомов. При этом «вопросы экзистенциального характера отходят на задний план или практически не рассматриваются. Пациент может проявлять интерес к семейной истории

заболевания, демонстрировать ипохондрические черты, а его мировоззрение окрашено чувством фатальности» [23].

Пациенты данного типа склонны объяснять своё заболевание факторами предрасположенности, такими как наследственность, негативное влияние внешней среды или несчастный стечением обстоятельств. Они также могут связывать возникновение болезни с травмами и повреждениями. Например, пациентка с диагнозом лимфомы молочной железы может быть убеждена в том, что его причиной стала перенесенная ранее травма. Пациенты строят логическую цепочку причинно-следственных связей, объясняющих их болезнь. Сила убеждений и давность травмирующих событий (например, смерть бабушки и дедушки от онкологического заболевания) влияют на формирование адаптивной или неадаптивной позиции. После 2020 года многие пациенты видят причину своего заболевания в ранее перенесенной новой коронавирусной инфекции covid-19, которую переносили тяжело.

Адаптивная позиция характеризуется доверием к врачам и науке, верой в возможность выздоровления. «Неадаптивная позиция проявляется в пассивном отношении к лечению, восприятию болезни как бессмысленной борьбы.

Аутологичный тип. Онкологические заболевания часто такими пациентами рассматриваются как следствие личной ответственности пациента. В этом контексте наблюдается повышенная самокритичность у больного. Специфических признаков данного типа отношения к болезни нет» [17].

Пациент демонстрирует склонность к самобичеванию, приписывая себе ответственность за развитие заболевания. Эта аутоагрессия способствует возникновению депрессивных расстройств. Он испытывает угрызения совести и разочарование, связанные с предполагаемыми ошибками в образе жизни или принятыми ранее решениями. Например, как отмечает П.Б. Зотов в своих исследованиях: «к таким негативным убеждениям могут относиться: «зря не

бросил курить», «стресс на работе сделал своё дело», «питался чем попало», «зря не вырезал язву»» [23].

Недифференцированный (мозаичный) тип. Пациенты данного типа демонстрируют смешанную картину представлений о причинах онкологического заболевания, характерных для различных ранее описанных типов внутренней картины болезни.

«Клиническая картина заболевания варьируется в зависимости от преобладающего в данный момент типа вирусного энцефалита. Формирование убеждений пациента подвержено значительному влиянию мнения близких ему людей – родственников, друзей, знакомых, а также медицинского персонала. Однако такие убеждения характеризуются нестабильностью и недостаточной адаптивностью, что обусловлено стремлением больного избежать ответственности за свое заболевание» [39].

«В соответствии с классификацией внутренней картины болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановой, «выделение блоков осуществляется в зависимости от степени нарушения социальной адаптации». Исследователи выявили определенные блоки» [22].

«Адаптационный блок характеризуется незначительным нарушением социальной адаптации. Пациент не сосредотачивается на внутренних переживаниях, связанных с заболеванием, и демонстрирует высокую степень приспособляемости к изменяющимся условиям.

Интрапсихический, дезадаптивный блок включает шесть типов внутренней картины болезни» [22].

«Следует подчеркнуть сходство в классификации типов реагирования на заболевание, предложенной Н.С. Болбат и Е.И. Скугаревской [8]. Данная классификация выделяет пять типов оценки состояния здоровья пациентом и его реакции на болезнь по сравнению с оценкой врача. Авторы отмечают, что у онкологических больных преобладает анозогностический тип реагирования (полное отрицание)» [44] в связи с использованием защитных механизмов

психики при прогнозировании неблагоприятного исхода заболевания. Кроме того, в случае онкологического заболевания чаще встречается нозофобный тип (боязнь болезни), поскольку пациент воспринимает заболевание как фатальный диагноз и испытывает постоянную потребность в многочисленных обследованиях и консультациях различных специалистов для подтверждения или опровержения симптомов. Встречается и нозофильный тип реагирования («любитель» болезни), связанный с преимуществами, которые больной получает после заболевания [39].

Некоторые ученые считают, что экстраверты обладают меньшей чувствительностью ко всем видам стимуляции, в том числе болевой, по сравнению с интровертами. Лица с высокой степенью двигательной активности испытывают психологический дискомфорт при вынужденной иммобилизации. Личностные характеристики включают в себя ценностные ориентации, мировоззрение, принципы и религиозные убеждения индивида. К ним также относятся уровень образования, культурный багаж и осведомленность в области медицины. Предыдущий успешный опыт лечения заболевания «способствует формированию оптимистического настроения, а неудачный – пессимистического» [1].

«Е.Ф. Бажин и А.В. Гнездилов, исследуя психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями, подчеркивают, что клинико-психологические и патопсихологические проявления различаются в зависимости от стадии основного заболевания:

- амбулаторный (диагностический);
- стационарный;
- предоперационный, послеоперационный и катамнестический» [5].

«Согласно наблюдениям, на этапе диагностики частота выявления тревожно-депрессивных расстройств достигает 56%. В этот период также могут наблюдаться проявления дисфории и тревожно-ипохондрических симптомов. Несмотря на то, что интенсивность этих симптомов может

несколько снижаться при госпитализации» [5], это явление может быть связано с формированием защитного механизма, основанного на ощущении безопасности и поддержки со стороны медицинского персонала. Тем не менее, даже находясь в стационаре, тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая и обсессивно-фобическая симптоматика может сохраняться, хотя и в ослабленной форме [5]. Тем более, что на этом этапе может сказываться упоминаемый уже «госпитальный стресс», который не всегда предсказуем в своих проявлениях. На третьем, предоперационном этапе интенсивность психогенных переживаний может усиливаться в связи с объяснимым и порой оправданным страхом уже не только фактом заболевания, а перед возможными осложнениями самой предстоящей и уже назначенной операции. После перенесённой операции, на следующем, четвёртом этапе, вместе с некоторым «психологическим облегчением» на первый план чаще выходит астеноипохондрический синдром [5].

В.Л. Голубев и А.Б. Данилов выделяют три уровня установок пациента по отношению к боли [16].

«Фундаментальные философские убеждения охватывают глубокие, но фрагментарные взгляды на такие концепции, как справедливость, страдание и личная ответственность. У пациентов с ярко выраженными представлениями о неприемлемости боли в жизни может наблюдаться усиление страдания при возникновении хронической боли. Оценка данной группы установок затруднена их индивидуальным характером, бессистемностью и потенциальной противоречивостью» [32]».

Личностные установки – это устойчивые и обобщённые взгляды, прочно интегрированные в структуру личности человека. Они отличаются чёткой определённой и тесной связью с повседневной жизнью индивида. «Характерной особенностью установок является их стабильность независимо от меняющихся обстоятельств и малая подверженность изменениям во времени, что позволяет рассматривать их как проявление индивидуальных

личностных характеристик. В частности, А.А. Лазарус выделил в этой группе установки негативной направленности, подчеркнув, что люди формируют и сохраняют разнообразные установки и смыслы, которые способствуют неадекватному реагированию на ситуации, что в конечном итоге усиливает чувства изоляции, отверженности, ощущения себя жертвой и тому подобное» [19,29]. «Наряду с дезадаптивными установками в данной категории присутствуют также установки адаптивного характера. К ним относятся такие установки, как устойчивость, локус контроля, стиль когнитивной обработки информации и самоэффективность» [16].

«Специфические установки непосредственно связаны с отношением человека к боли и формируют собственно болевую установку (БУ)» [16].

«В процессе терапии пациентов с хронической болью исследование установок второй группы играет значительную роль. Тем не менее, наиболее ценную информацию можно получить при оценке убеждений пациента (третья группа). Именно они могут стать ключевым фактором в постановке диагноза и разработке эффективных методов управления болевым синдромом. Убеждения пациента, включая его твердую уверенность в необходимости дополнительных диагностических процедур, оказывают существенное влияние на эффективность лечения. Например, пациенты с паническими атаками, убежденные в органической природе своего заболевания, длительное время ищут причину своих страданий, обращаясь к различным специалистам и проходя многочисленные диагностические процедуры без получения удовлетворительного результата. Вследствие этого эффективность проводимого лечения часто оказывается низкой» [16].

У пациентов с онкологическими заболеваниями могут усиливаться чувства страха, обиды и вины. Некоторые люди впадают в агрессию, направленную на окружающий мир, что является формой психологической защиты. Пациенты могут испытывать чувство ненужности и неприятия, особенно после операций, которые могут изменить их внешний вид. Часто

пациенты скрывают свои переживания от близких, что приводит к недопониманию и взаимной обиде. Возможны также сверхценные идеи, связанные с нереализованными планами и мечтами, что может привести к игнорированию лечения в пользу попыток дожить до них. В попытках избежать столкновения со своими проблемами, пациенты могут погружаться в работу, хобби или путешествия с фанатичной настойчивостью. Это опасно, поскольку отказ от лечения может иметь серьезные последствия. Самой главной проблемой является аутоагрессия и суицидальные мысли, которые требуют немедленной профессиональной помощи [5].

Индивид, склонный к демонстративному поведению, может проявлять аутоагрессию в различных формах. Наиболее очевидной является физическая агрессия, например, причинение себе боли. Однако на более тонком уровне аутоагрессия выражается в социальной изоляции и отказе от привычной жизнедеятельности. Человек перестает выполнять свои обязанности, избегает общения с близкими и игнорирует необходимые медицинские процедуры, несмотря на то, что физически способен это делать. Такое поведение свидетельствует о несоответствии действий реальной ситуации, на которую человек всё ещё способен реагировать. Внешние проявления аутоагрессии могут включать в себя разговоры о смерти, прощания с близкими и подведение итогов своей жизни. То есть, составление завещания само по себе не является тревожным сигналом, если индивид при этом продолжает вести привычный образ жизни, не отказывается от медицинской помощи и общения с близкими. Однако, если человек постоянно думает о завещании, обсуждает его, придавая ему избыточное значение, одновременно дистанцируясь от окружающих и погружаясь в себя, это может свидетельствовать о потенциальной угрозе суицидального поведения и требует пристального внимания.

Индивиды, воспитанные в созависимых семьях, где искажен механизм здорового эмоционального выражения и отсутствует доступ к поддержке как внутри семьи, так и за ее пределами, могут сталкиваться с различными

трудностями. Нарушение адаптивных функций у таких лиц может осложнять их реакцию на жизненные события. Отсутствие веры в себя, не привитая семье, приводит к самоотторжению и отчуждению от окружающего мира. Это, в свою очередь, препятствует получению адекватной поддержки, так как индивид не обладает необходимыми навыками для ее получения. Такая ситуация усугубляет его состояние и может негативно сказываться на лечебном процессе и коммуникации с медицинскими специалистами из-за постоянного чувства неуверенности и страха [35].

Итак, онкогематологические пациенты, сталкивающиеся с диагнозами, испытывают уникальные психоэмоциональные нагрузки. Психологические особенности и эмоциональные проявления таких пациентов во многом определяются сложностью и долговременностью терапии, а также непредсказуемостью течения заболеваний. Многие пациенты с онкологическими заболеваниями сталкиваются с необходимостью приспособления к существенным изменениям в образе жизни, которые включают регулярное медицинское вмешательство.

Научные исследования подтверждают тесную взаимосвязь между онкологическими заболеваниями и такими психоэмоциональными состояниями, как страх, тревога, стресс и депрессия. Данные состояния могут значительно ухудшить качество жизни пациентов, негативно сказываясь на их эмоциональном состоянии, уровне энергии и, следовательно, эффективности проводимого лечения. Важно отметить, что стресс может быть не только следствием онкологического заболевания, но и одним из его потенциальных факторов риска. В истории болезни пациентов с онкологическими заболеваниями часто выявляются многочисленные стрессовые события. Онкологическое заболевание, как правило, коренным образом меняет привычный образ жизни человека, разрушает существующие социальные связи и заставляет переосмыслить многие жизненные ценности. Это может привести к развитию депрессии и значительному психологическому

дискомфорт. Поэтому работа с психологом, психологическое сопровождение или участие в группах поддержки может существенно облегчить переживания пациентов на этапе трансплантации костного мозга, и должно быть на протяжении всего периода лечения.

Выводы по первой главе

Актуальность темы обусловлена необходимостью понимания эмоциональной сферы, особенно в условиях быстро меняющегося социального контекста и увеличения числа психических расстройств, связанных с эмоциональными нарушениями, а также проявления эмоциональной сферы при различных заболеваниях. Эмоции становятся важным фактором в сфере образования, бизнеса и психического здоровья, что подчеркивает необходимость их изучения.

Многие аспекты эмоций остаются недостаточно исследованными, что затрудняет понимание их влияния на личностное развитие, здоровье и социальные взаимодействия.

Изучение эмоциональной сферы личности открывает широкие горизонты для дальнейшего анализа и использования этих знаний в различных аспектах жизни человека и его здоровья.

Таким образом, проблема эмоциональной сферы личности в психологии представляет собой многогранный и многослойный объект исследования, охватывающий различные аспекты человеческой жизни. Онкогематологические пациенты, сталкивающиеся с диагнозами, испытывают уникальные психоэмоциональные нагрузки. Психологические особенности таких пациентов во многом определяются сложностью и долговременностью терапии, а также непредсказуемостью течения заболеваний. Многие из этих пациентов сталкиваются с необходимостью

адаптации к новому образу жизни, где регулярные медицинские процедуры становятся нормой.

Страх, тревога, стресс и депрессия часто сопутствуют онкологическим заболеваниям. Эти психологические состояния могут значительно ухудшить общее самочувствие пациентов, уменьшая их настроение и жизненную энергию, что негативно сказывается на качестве и эффективности лечения. Стресс приводит к развитию психических расстройств, которые сопровождают основное заболевание.

Онкологическое заболевание зачастую радикально изменяет привычный образ жизни человека, разрушает устоявшиеся связи и заставляет переосмыслить многие аспекты существования, что может сопровождаться депрессией и значительным психологическим дискомфортом. Поэтому работа с психологом или участие в группах поддержки может существенно облегчить переживания пациентов на этапе трансплантации костного мозга и необходима на всем протяжении госпитализации.

Глава 2 Эмпирическое исследование эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга

2.1 Организация и методы исследования эмоциональной сферы лиц на этапе трансплантации костного мозга

В исследовании психологических особенностей эмоциональной сферы на этапе трансплантации костного мозга приняли участие 30 человек, в возрасте от 19 до 65 лет. Среди них мужчин 15 человек, что составило 50%, женщин 15 человек – 50%. Каждый участник подписал индивидуальное добровольное согласие.

Все мужчины и женщины имели онкогематологическое заболевание, для лечения которого необходима была аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Донорами выступали родственники или незнакомые люди, найденные в реестре доноров костного мозга, подходящие по необходимым критериям. Все исследуемые имели образование, работу, семью, им оказывалась эмоциональная поддержка со стороны родственников, друзей и коллег по работе.

Среди заболеваний были такие как: лимфома Ходжкина (6), которая составила – 20%, острый лимфобластный лейкоз (8) – 26,7%, острый миелоцитарный лейкоз (5) – 16,7%, неходжскинская лимфома (3) – 10%, хронический моноцитарный лейкоз (3) – 10%, острый миеломоноцитарный лейкоз (2) – 6,6%, опухоль Беркитта (1) – 3,4%, миелодиспластический синдром (2) – 6,6%.

В исследовании применялись методы: психологического наблюдения, тестирования, беседы, опроса.

Психологическое наблюдение представляет собой систематический метод исследования, основанный на целенаправленном восприятии и регистрации изучаемого явления. Для обеспечения достоверности

полученных данных необходимо создавать условия, максимально приближенные к естественным для объекта исследования. В исследовании наблюдение проводилось непрерывно на протяжении всех бесед, тестирования, опросов и психологических консультаций.

С каждым пациентом проводились: первичная консультация, тестирование и консультация после тестирования. Рассмотрим их более подробно.

Первичная консультация, проводилась до госпитализации в отделение ТКМ или в первый день госпитализации. Первичная консультация включала в себя: знакомство, сбор анамнеза жизни и болезни (соматические и психологические переживания, их развитие, социальный статус), беседу о психологическом состоянии, настрое на лечение, запрос на психологическую помощь, выяснение и описание группы поддержки (то есть тех людей, которые непосредственно будут помогать во время госпитализации, родственников, которые смогут приехать и госпитализироваться для ухода и сопровождения, если это будет необходимо. Так же, это группа друзей, знакомых, сослуживцев, которые поддерживают общение и оказывают эмоциональную поддержку, проявляют участие в судьбе человека).

Одним из важных обсуждений во время первой встречи, явилось выяснение и описание представлений людей о процедуре трансплантации костного мозга, сроках госпитализации, периоде восстановления.

Наблюдение за пациентами отделения трансплантации костного мозга выявило закономерность: наиболее сильные проявления депрессивных состояний, само-жалости и неприятия лечения наблюдаются в моменты, когда ожидаемый срок госпитализации подходит к концу. Подобное явление обусловлено тем, что по различным индивидуальным причинам пациенты не успевают завершить лечение в запланированный период. В результате истощаются резервы душевных сил, мобилизованные ими на период стационарного лечения.

Анализ опроса пациентов, поступающих в отделение трансплантации костного мозга, показал, что основным источником информации о процедуре пересадки являются лечащий врач, Интернет-ресурсы и лица, уже прошедшие данную процедуру.

Период ожидания пересадки костного мозга, поиск донора, а также сам процесс лечения с его сопутствующими осложнениями, остаются для пациентов наиболее яркими и запоминающимися событиями. Этот период характеризуется как физическими, так и психологическими испытаниями, включая телесную слабость, риск инфекционных осложнений и реакций отторжения трансплантата. В этот сложный для пациента отрезок времени, истории других людей, переживших подобный опыт, а также собственные впечатления, играют важную роль в его эмоциональной поддержке.

Исходя из проведённых наблюдений, с момента первой консультации мы уделяем особое внимание стратегии пациента в отношении лечения, а именно – как он планирует и распределяет свои силы на весь курс терапии. В ходе обсуждения с пациентом мы рассматриваем различные варианты продолжительности лечения, как более короткие, так и более длительные сроки. При этом мы обсуждаем оба варианта, стараясь сформулировать задачу таким образом: «Я буду лечиться столько, сколько потребуется».

Такой подход позволяет снять психологическое напряжение, убирает избыточные эмоции, связанные с ожиданием результатов трансплантации и положительной динамикой анализов. В результате пациент приобретает более спокойное отношение к своему состоянию.

Пациенты, ожидая трансплантации, проявляли повышенную внимательность к планированию своего досуга в стационаре. Они тщательно продумывали, чем займутся во время пребывания в отделении: чтением, просмотром фильмов, онлайн-образованием, рукоделием, прослушиванием музыки и другими видами деятельности, которые будут приносить им положительные эмоции. Кроме того, наблюдалась положительная динамика в

коммуникации между пациентами и медицинским персоналом. Взаимодействие становилось более спокойным и уравновешенным.

Перед непосредственной экспериментальной работой с пациентами, которым предстояла аллогенная трансплантация костного мозга, с каждым было подписано информированное добровольное согласие на участие в исследовании по психологии здоровья. В него были включены: согласие на доступ к информации о состоянии здоровья, согласие на обработку персональных данных, психологическую диагностику и психологическое консультирование, которое будет проводиться по требованию и согласию пациента или лечащего врача.

Непосредственно, работа с каждым пациентом предполагала весь период его нахождения в отделении ТКМ (трансплантации костного мозга) и заключительную консультацию перед выпиской из стационара.

Тесты выдавались на руки. Пациент не был ограничен во времени. Обычно на тестирование давалось 2-3 дня. Это было устроено так для того, чтобы тесты не были для пациента нагрузочными, чтобы он смог их сделать с интересом, в свободное от процедур и манипуляций время. Оговорено было и то, что ответы должны быть простыми и искренними.

Для тестирования предлагались следующие методики:

«Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)». Авторы A. Zigmond, R. Snaith (1983). Адаптация: А.В. Андрющенко и другие.

Цель – выявление клинически значимой тревоги и депрессии у пациентов, а также для дифференциальной диагностики между тревогой и депрессией.

В шкале 14 вопросов – утверждений. Каждому из 14 утверждений соответствуют 4 варианта ответа. Испытуемый должен выбрать один ответ.

Определяются: отдельно субшкала депрессии и субшкала тревоги.

Баллы по субшкалам суммируются. В итоге, в зависимости от полученных баллов, определяется: отсутствие тревоги и депрессии, субклиническое проявление и выраженное проявление.

Шкала психологического благополучия Рифф, PWB. Автор Carol Ryff (1989). Адаптация: Т.Д. Шевеленкова, Т.П. Фесенко.

Опросник позволяет оценить степень выраженности основных показателей психологического благополучия личности в соответствии с концепцией К. Рифф, таких как автономность, самопринятие, личностный рост, цели в жизни, компетентность, позитивные отношения с другими и общий уровень благополучия, настроения.

Опросник существует в трех формах: полной (84 вопроса), средней (54 вопроса) и короткой. В нашей работе использовался опросник, который содержит 84 вопроса и 6 вариантов ответа.

Шкалы методики:

- «Положительные отношения с другими».
- «Автономия».
- «Управление окружением».
- «Личностный рост».
- «Цель в жизни».
- «Самопринятие».
- «Баланс аффекта».
- «Осмысленность жизни».
- «Человек, как открытая система».

Подсчёт баллов по основным шкалам проводился соответственно ключу.

Уровни психологического благополучия определялись: низкий, средний, высокий.

Тест на стрессоустойчивость. Методика «Я и стресс» Г.Б. Мониной и Н.В. Раннала. Эта методика использовалась и как тренинговое упражнение для

осознания и вербализации участниками своих представлений о стрессе и определении своего отношения к нему, выявления субъективных трудностей в отношении актуального стресса, эмоциональной нагрузки и личных ресурсов преодоления. Так же это экспресс-диагностика кризисного состояния, стратегий совладающего поведения.

Цель – оценка уровня стрессоустойчивости.

Тест содержит 16 утверждений и 3 варианта ответа.

Баллы при подсчете суммируются.

Тест нервно-психической адаптации. Автор И.Н. Гурвич.

Цель – проведение уровневой оценки психического состояния в различных экстремальных ситуациях.

Опросник содержит 26 утверждений и 5 вариантов ответа. Распределение испытуемых по группам психического здоровья осуществляется следующим образом через суммирование баллов:

- группа: здоровые – сумма баллов менее 10;
- группа: практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками – 11-20 баллов;
- группа: практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология) – 21-30 баллов;
- группа: легкая патология – 31-40 баллов;
- группа: с признаками патологии – более 40 баллов.

Проективная методика «Дерево» (К. Кох). Цель рассмотреть человека через его рисунок, понять его настроение, чувства, направленность, связь с окружающим миром, принятие действительности.

Эмоциональное состояние оценивается по 3 показателям. При анализе рисунка по каждому из этих показателей выставляется балльная оценка, затем баллы складываются.

Цветовая гамма:

2 балла – в рисунке преобладают яркие, чистые, светлые тона и их сочетания (желтый, светло-зеленый, голубой).

1 балл – в равной степени присутствуют светлые и темные тона.

0 баллов – рисунок выполнен в темных тонах (темно-коричневый, темно-зеленый, черный).

Линия и характер рисунка:

2 балла – объекты прорисованы тщательно и аккуратно; используются длинные, сложные линии различной толщины, нет «разрывов» контура.

1 балл – в рисунке присутствуют обе характеристики.

0 баллов – объекты изображены нарочито небрежно, схематично; линии двойные, прерывающиеся, одинаковой длины и толщины, слабая линия.

Сюжет рисунка:

2 балла – симметричное изображение (рисунок занимает центральное место на листе); наличие деталей, изображение различных предметов, оживляющих пейзаж (цветы, птицы, облака, др.); время года – весна, лето (солнце, нет туч); изображение светлого времени суток.

1 балл – обе характеристики присутствуют.

0 баллов – ассиметричность рисунка; отсутствие деталей и украшений; время года – осень, зима (темное небо, идет дождь или снег); время суток – ночь или вечер.

Общий балл:

6-5 баллов – эмоционально благополучное состояние.

4-2 балла – есть некоторая тревога по поводу лечения как незнакомой для него ситуации: причинами тревог может быть нервозность и необдуманные высказывания других, негативный опыт лечения.

1-0 баллов – явно выраженный страх перед процедурами, часто это приводит к отказу от лечения, трудностям в общении с врачами и близкими.

Полученные результаты тестирования обрабатывались методом математической статистики – U-критерий Манна-Уитни, это статистический

непараметрический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. В нашем исследовании выборки были представлены группами мужчин и женщин.

Консультация после тестирования. После первичного знакомства последующая консультация проводилась примерно на 3-5 день госпитализации. Обсуждались результаты тестирования, уточнялись жалобы по психологическому и соматическому состоянию, выяснялся запрос на психологическую работу.

В это время, у пациента уже начиналась химиотерапия. Отмечались уже изменения соматического здоровья и были вопросы о госпитализации, длительности, эмоциональные переживания по поводу химиотерапии и ее осложнений.

Поэтому, ещё раз проводилось целеустроение на лечение, планирование и выстраивание дня.

Основные правила, которое мы использовали в целеустроении:

- «буду лечиться столько, сколько необходимо до ремиссии или выздоровления»;
- основной информатор и координатор по лечению – это лечащий врач;
- любые вопросы – задаем, сомнения – снимаем, неясности – проясняем.

Данные правила – помогали пациенту не забивать свое сознание лишними образами и переживаниями, не тратить силы на поиск информации и ее точности в интернете. «Гасили» неадекватные эмоциональные проявления. Помогали наладить приверженность к лечению и взаимодействию с лечащим врачом. Медицинский психолог позиционировал себя и как медиатор, для переговоров с медицинским персоналом, родственниками, консультантами, если была такая необходимость.

2.2 Результаты исследования эмоциональной сферы мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга

Проанализируем результаты диагностики испытуемых. Исследования показывают, что депрессия и другие эмоциональные расстройства играют значительную роль в стабильности состояния здоровья пациентов, особенно связанных с кроветворной системой. Проведение опроса по Госпитальной шкале тревоги и депрессии подтвердило это, что видно и на рисунке 1.

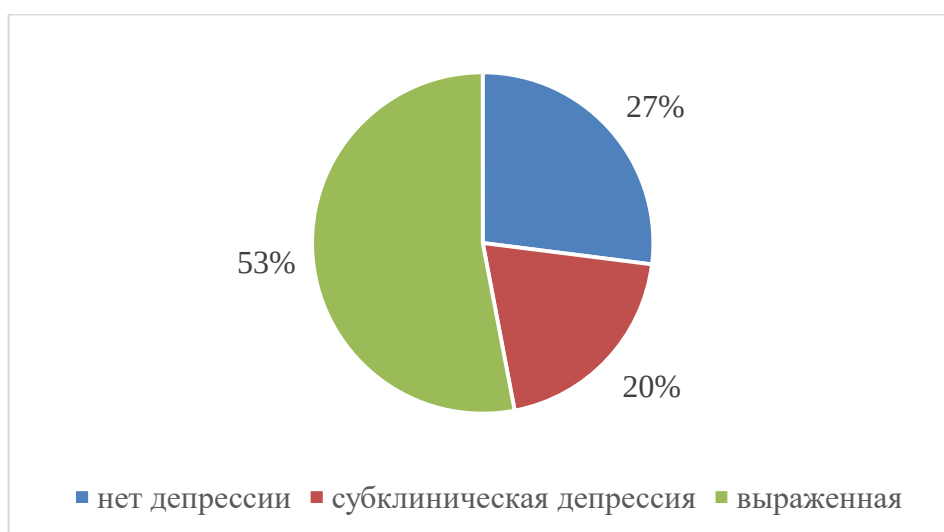


Рисунок 1 – Результаты диагностики по методике Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) в общей выборке

По рисунку 1 можно заключить, что половина пациентов, которым предстоит трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, выходят к этой процедуре в состоянии выраженной тревоги и депрессии (16 человек – 53%), а 20% – 6 человек в состоянии скрытой депрессии (которая может быть неосознанная, а может быть скрыта осознанно, из-за страха в отказе от лечения). И только 27% – 8 настроены на аллогенную ТГСК, верят в ее положительный исход и улучшение качества своей жизни.

Сравнение между женщинами и мужчинами показано на рисунке 2.

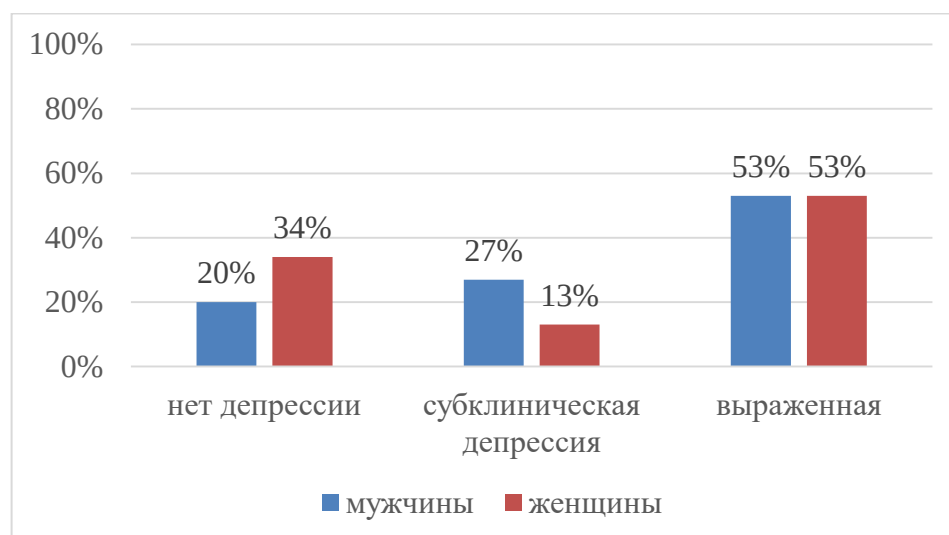


Рисунок 2 – Сравнительные результаты диагностики мужчин и женщин по методике Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Сравнение показало, что выраженная депрессия распределилась примерно одинаково, по 50%, что по наблюдению за людьми связано с их личной историей болезни, тяжестью соматического состояния, показателями крови и длительностью болезни, а вот отсутствие депрессии у женщин больше на 2 человека (5/3) и субклинические проявления у женщин проявились меньше на 2 человека (2/4) – говорит о том, что женщины все же незначительно меньше склонны к пониженному настроению и тревоге, чем мужчины.

Также мы сравнили результаты мужчин и женщин с помощью U-критерия Манна-Уитни. Выборка 1 – мужчины, выборка 2 – женщины.

Первыми сравним данные по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по Госпитальной шкале тревоги и депрессии

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	10,4	11,6	U _{эмп} =94

Результат: $U_{\text{эмп}} = 94$ при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}(94)$ находится в зоне незначимости.

Данные по Шкале психологического благополучия Рифф в адаптации Шевеленковой-Фесенко показаны на рисунках отдельно по каждой шкале.

Шкала «Положительные отношения с другими» представлена на рисунке 3.

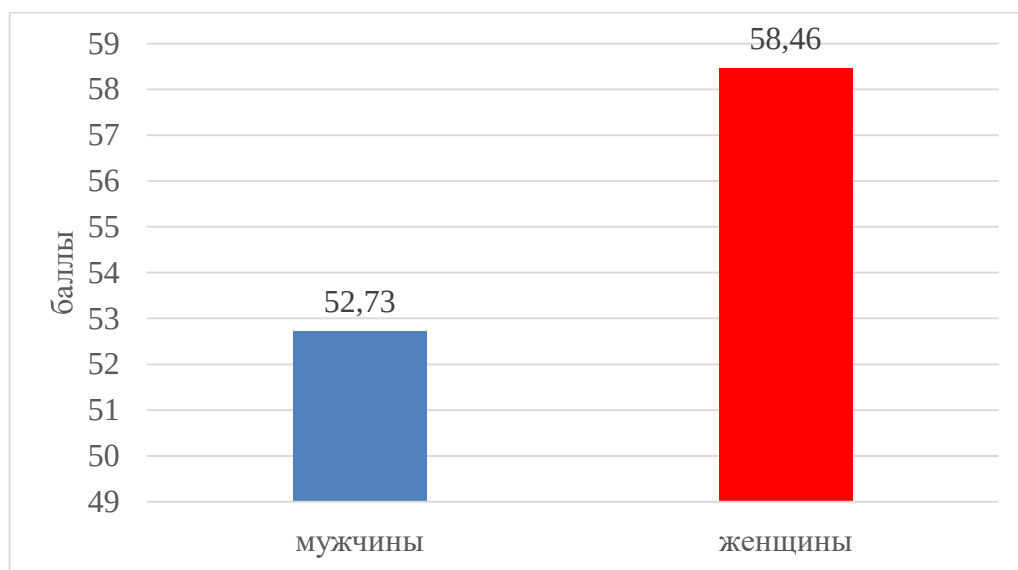


Рисунок 3 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Положительные отношения с другими»

Средние показатели у мужчин ниже, чем у женщин. Представители мужского пола демонстрируют более ограниченный круг близких отношений. Им свойственно испытывать трудности в проявлении открытости, душевной теплоты и заботы о других. В межличностных отношениях мужчины, как правило, испытывают чувство изоляции и неудовлетворенности, проявляют нежелание идти на компромиссы для сохранения важных связей. Женщины же характеризуются наличием удовлетворительных, доверительных отношений с окружающими и стремлением к заботе о благополучии других людей.

Сравним результаты мужчин и женщин с помощью U-критерия Манна-Уитни по Шкале «Положительные отношения с другими» (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по Шкале «Положительные отношения с другими»

№	Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
	Позитивные отношения	52,73	58,46	U _{эмп} =41,5*

Результат: U_{эмп} = 41,5 при $p < 0,05$.

Полученное эмпирическое значение U_{эмп} (41,5) находится в зоне значимости, то есть получены статистически достоверные различия у женщин от мужчин в позитивных отношениях.

Шкала «Автономия» представлена на рисунке 4.

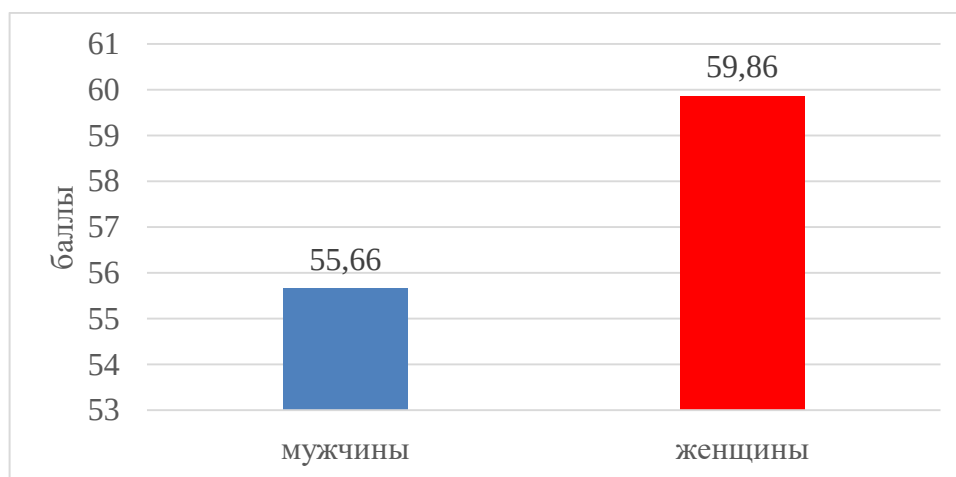


Рисунок 4 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Автономия»

Женщины, в силу повышенной ценности автономии, демонстрируют большую независимость и самостоятельность. Они способны противостоять социальному давлению и принимать решения, руководствуясь собственными убеждениями и критериями оценки. Напротив, мужчины, по мнению автора, более склонны к конформизму. Они зависят от общественного мнения, ищут одобрения окружающих и поддаются попыткам манипуляции. То есть, можно прийти к выводу о большей самостоятельности женщин в формировании собственного мнения.

Сравним данные по шкале «Автономия» в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Автономия»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Автономия	55,66	59,86	U _{эмп} =72*

Результат: U_{эмп} = 72 при $p \leq 0,05$.

Полученное эмпирическое значение U_{эмп}(72) находится в зоне значимости. Значит женщины статистически достоверно отличаются от мужчин уровнем автономии.

Шкала «Управление окружением» представлена на рисунке 5.

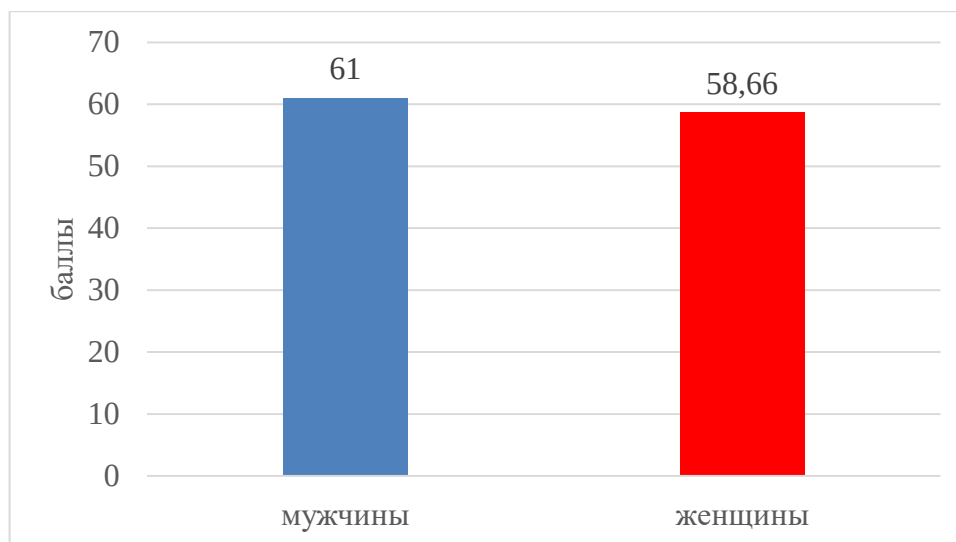


Рисунок 5 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Управление окружением»

Данные указывают на различия в подходах мужчин и женщин к управлению окружающей средой. Мужчины демонстрируют большую уверенность в своих способностях контролировать внешние события, эффективно использовать возможности и создавать благоприятные условия для достижения личных целей. В то же время женщины чаще испытывают трудности в организации повседневной жизни и ощущают ограниченность в своей способности влиять на обстоятельства. Они могут проявлять неосторожность в оценке возможностей и испытывать недостаток чувства контроля над происходящим. Анализ также показывает, что мужчины

проявляют большую активность при исследовании и оценке потенциальных возможностей.

Сравним данные по шкале «Управление окружением» (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Управление окружением»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Управление средой	61	58,66	Uэмп =91,5

Результат: Uэмп = 91,5 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение Uэмп(91,5) находится в зоне незначимости.

Шкала «Личностный рост» представлена на рисунке 6.

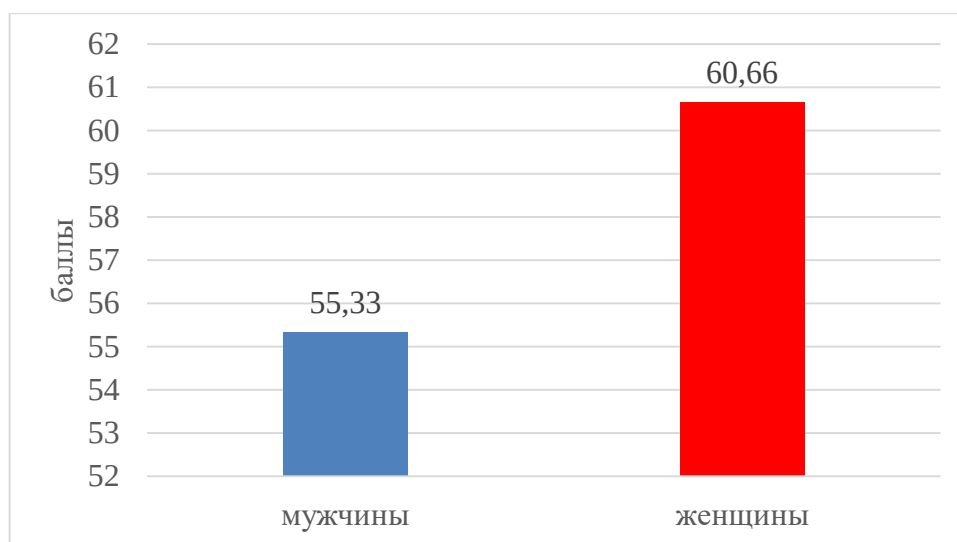


Рисунок 6 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Личностный рост»

Женщины характеризуются более ярко выраженным чувством непрерывного саморазвития. Они воспринимают себя как личности, находящиеся в постоянном процессе роста и самореализации, открытые для нового опыта и стремящиеся к раскрытию своего потенциала. Вследствие этого они отмечают позитивные изменения в себе и своей деятельности со временем. Мужчины же, напротив, реже осознают потребность в собственном

развитии, испытывают меньшую степень удовлетворения от достигнутого и могут испытывать апатию к жизни, а также сложности в установлении новых отношений и изменении поведения. Можно сделать вывод о большей заинтересованности женщин в личностном росте по сравнению с мужчинами.

Сравним данные по шкале «Личностный рост» (таблица 5).

Таблица 5 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Личностный рост»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Личностный рост	55,33	60,66	U _{эмп} = 91,5

Результат: U_{эмп} = 91,5 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение U_{эмп}(91,5) находится в зоне незначимости.

Шкала «Цели в жизни» представлена на рисунке 7.

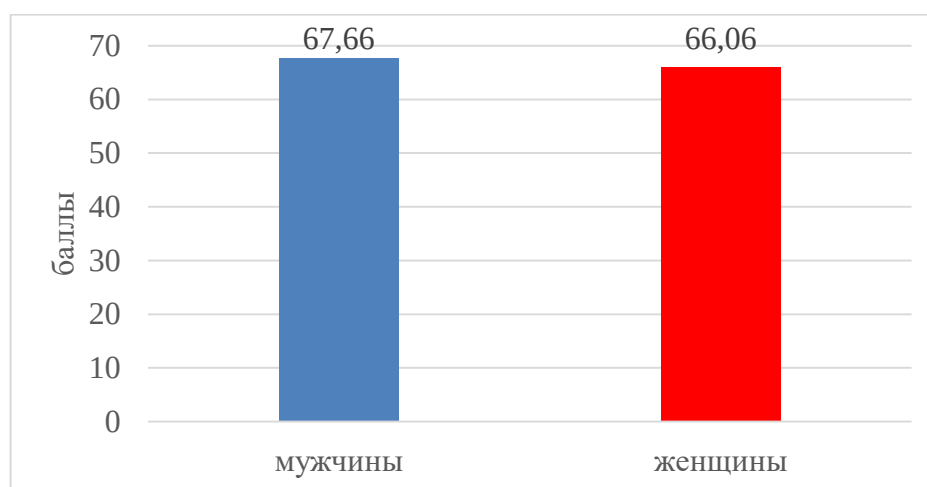


Рисунок 7 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Цели в жизни»

Мужчин и женщины почти одинаково показали средние значения по целям в жизни. Значит они обладают устойчивым целеустроением, понимающие, что они хотят и имеющие цели на будущее.

Сравним данные по шкале «Цели в жизни» (таблица 6).

Таблица 6 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Цели в жизни»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Цели в жизни	67,66	66,06	$U_{\text{эмп}} = 93,5$

Результат: $U_{\text{эмп}} = 93,5$ при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}(93,5)$ находится в зоне незначимости.

Шкала «Самопринятие» представлена на рисунке 8.

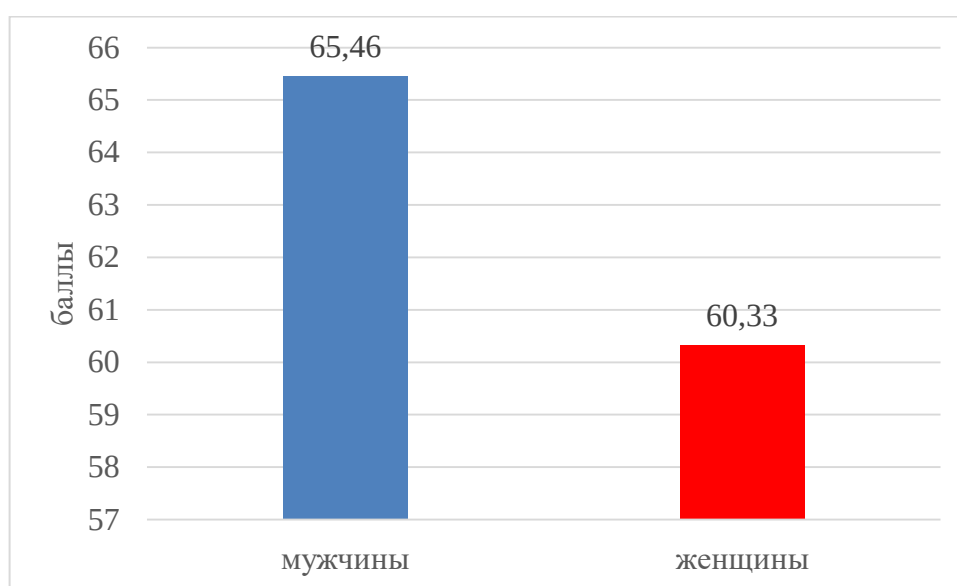


Рисунок 8 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Самопринятие»

Мужчины более позитивно относятся к себе, знают и принимают различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивают свое прошлое. А женщины больше недовольны собой, разочарованы событиями своего прошлого, испытывают беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желают быть не тем, кем она является. То есть, у всех было проявление недовольства собой, «личная история» которая имела какие-либо негативные стороны (стресс, смерть близких, увольнение с работы, неблагополучие в семье, перенесенное заболевание). Женщины были больше недовольны собой, чем мужчины.

Сравним данные по шкале «Самопринятие» (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Самопринятие»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Самопринятие	65,46	60,33	Uэмп =72*

Результат: Uэмп = 72 при $p \leq 0,05$. Полученное эмпирическое значение Uэмп(72) находится в зоне значимости. Значит женщины статистически достоверно отличаются от мужчин самопринятием.

Шкала «Баланс аффекта» представлена на рисунке 9.

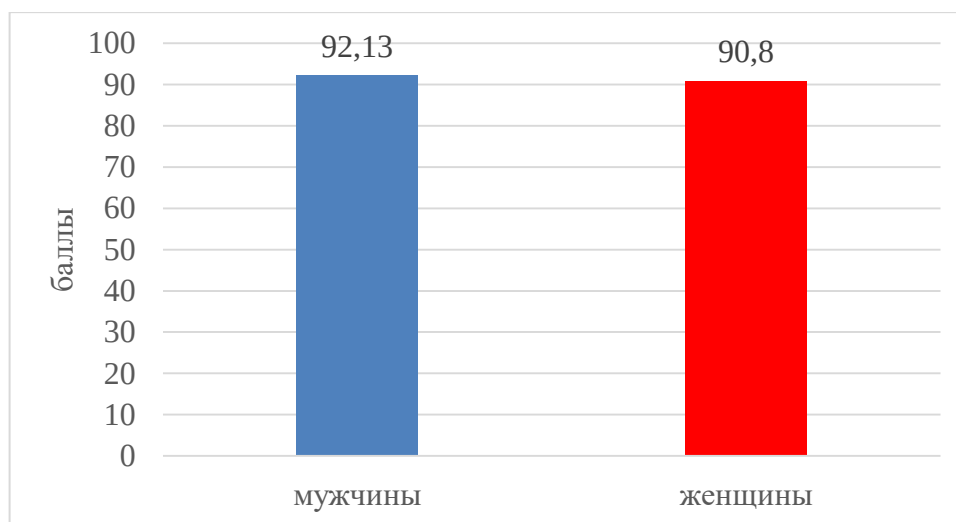


Рисунок 9 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Баланс аффекта»

Мужчины в большей степени склонны к негативной самооценке, ощущению неудовлетворенности своей жизнью и чувству собственной несостоятельности и бессилия. Им свойственна недостаточная способность к построению и поддержанию позитивных отношений с окружающими, а также недоверие к собственным возможностям, неуверенность в способности преодолевать жизненные трудности, овладевать новыми умениями и навыками.

Женщины, напротив, демонстрируют преобладание позитивной самооценки, принятия себя со всеми достоинствами и недостатками. Они склонны к положительной оценке всех аспектов своей личности, в особенности способностей к установлению и поддержанию социальных контактов. Уровень общей удовлетворенности жизнью у женщин выше.

В рамках данного исследования выявлено, что неудовлетворенность жизнью более характерна для мужчин, чем для женщин. При этом такая неудовлетворенность чаще всего связана с утратой социального статуса.

Сравним данные по шкале «Баланс аффекта» (таблица 8).

Таблица 8 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Баланс аффекта»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Баланс аффекта	92,13	90,8	Uэмп =104

Результат: Uэмп = 104 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение Uэмп(104) находится в зоне незначимости.

Шкала «Осмысленность жизни» представлена на рисунке 10.

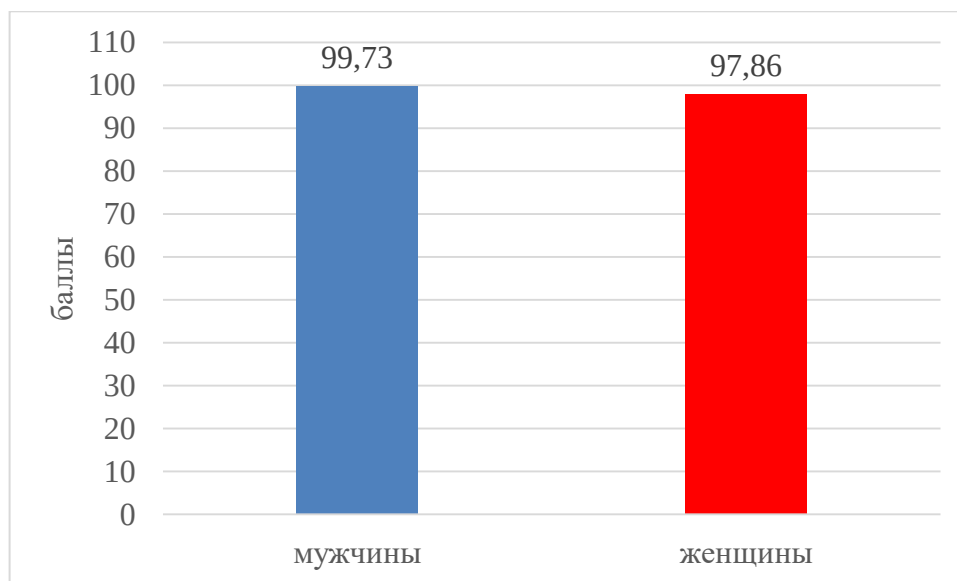


Рисунок 10 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Осмысленность жизни»

Осмысленность и цели в жизни выше средних показателей в выборке. Женщины больше имеют смыслов в жизни, чем мужчины, у них больше обязательств по отношению к детям и близким.

Сравним данные по шкале «Осмысленность жизни» (таблица 9).

Таблица 9 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Осмысленность жизни»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Осмысленность жизни	99,73	97,86	U _{эмп} =102

Результат: U_{эмп} = 102 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение U_{эмп}(102) находится в зоне незначимости.

Шкала «Человек, как открытая система» представлена на рисунке 11.

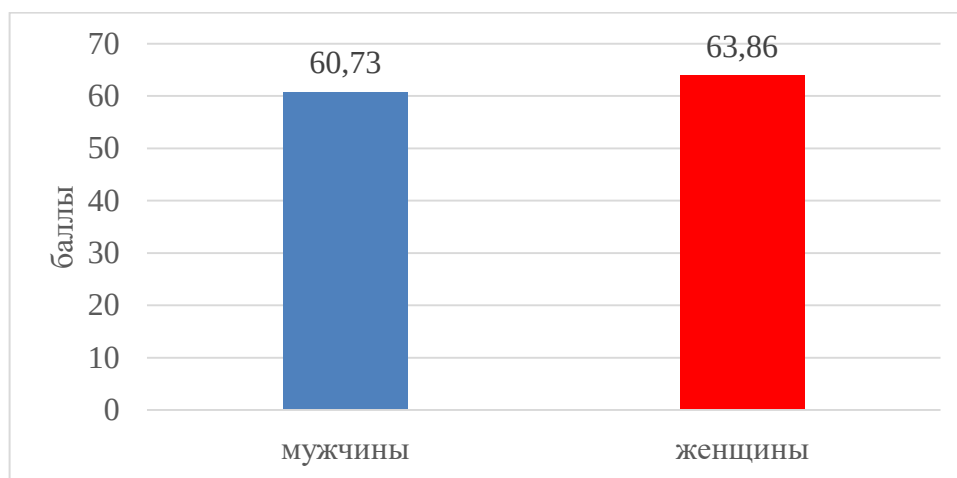


Рисунок 11 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Человек как открытая система»

Данные отражают более высокую способность усваивать новую информацию у женщин. Формируется целостный, реалистичный взгляд на жизнь, открытость новому опыту, непосредственность и естественность переживаний. В нашем случае – взгляд на жизнь реалистичный.

Естественность переживаний проявляется. Женщины больше открыты новому опыту, чем мужчины.

Сравним данные по шкале «Человек как открытая система» (таблица 10).

Таблица 10 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Человек как открытая система»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Человек как открытая система	60,73	63,86	Uэмп =83

Результат: Uэмп = 83 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение Uэмп(83) находится в зоне незначимости.

Шкала «Автономия» (новая) представлена на рисунке 12.

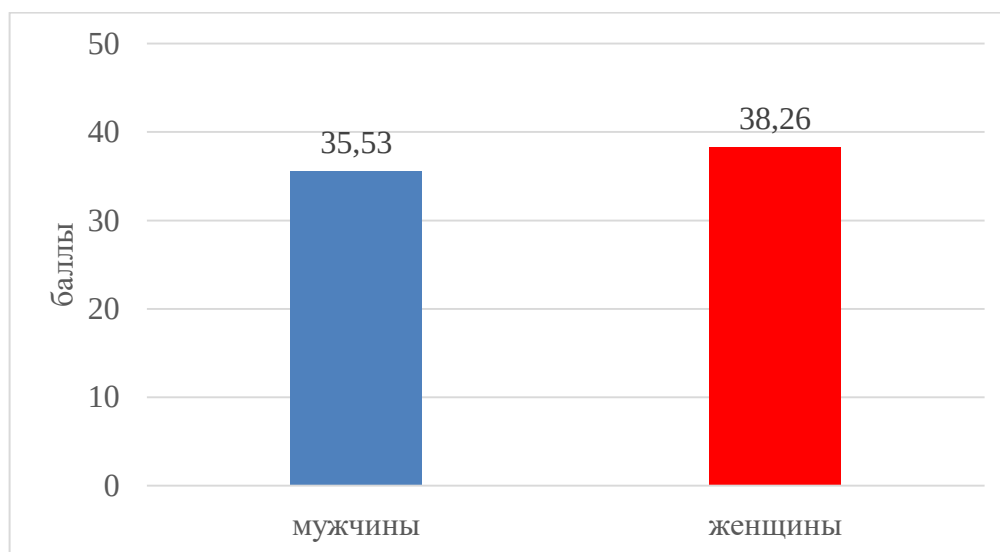


Рисунок 12 – Сравнительные результаты диагностики по шкале «Автономия» (новая)

У женщин выше независимость, способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках, возможность регулировать собственное поведение и оценивать себя, исходя из собственных стандартов. Это есть только у одного мужчины.

Сравним данные по шкале «Автономия» (новая) (таблица 11).

Таблица 11 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по шкале «Автономия» (новая)

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Автономия	35,53	38,26	Uэмп= 77

Результат: $U_{эмп} = 77$ при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}(77)$ находится в зоне незначимости.

Рассмотренные результаты по методике психологического благополучия шкалы Рифф показали, что достоверные различия в выборке по критериям Манна-Уитни у мужчин и женщин есть в критерии «позитивное отношение», «автономия» и «самопринятие».

Результаты диагностики испытуемых по Тесту на стрессоустойчивость (Г.Б. Мониной и Н.В. Раннала) показаны на рисунке 13 и 14. На первом из них данные по общей выборке.



Рисунок 13 – Результаты диагностики по Тесту на стрессоустойчивость в общей выборке

Выявлено, что 5 человек (16,6%) – достаточно спокойные люди, реально смотрящие на жизнь. Их не просто вывести из равновесия. Это гарантия против стресса. Остальные 25 человек (83,4%) – принадлежат к наиболее распространенной группе людей. Их раздражают только очень неприятные

вещи. Не драматизируют повседневные невзгоды и легко способны о них забывать. Сравнительные результаты по уровню стрессоустойчивости представлены на рисунке 14.

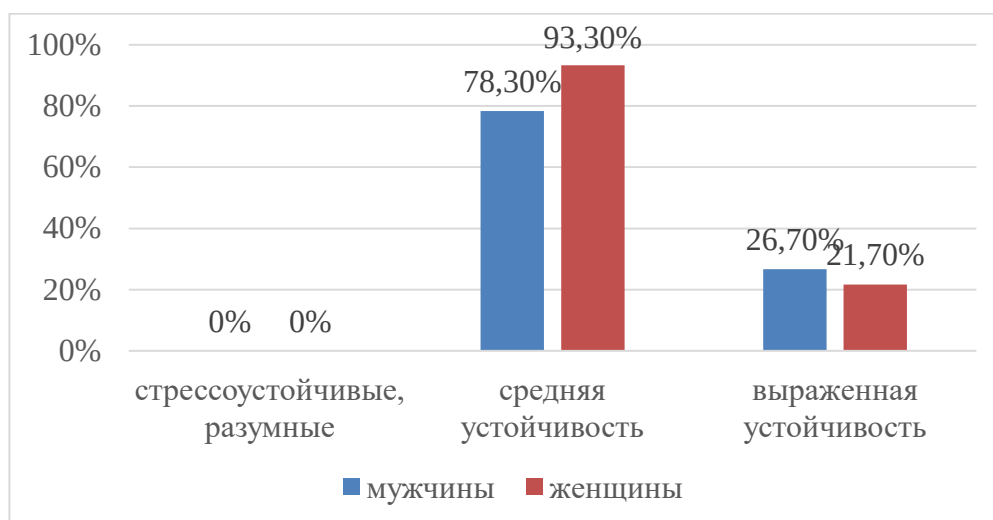


Рисунок 14 – Сравнительные результаты диагностики мужчин и женщин по Тесту на стрессоустойчивость

Средняя стрессоустойчивость выявлена больше среди женщин – 93,3%, а выраженная устойчивость больше выявлена среди мужчин – 26,7% человек. То есть, в нашем исследовании и мужчины и женщины проявились, как стрессоустойчивые люди.

Сравним данные по Тесту на стрессоустойчивость (таблица 12).

Таблица 12 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по Тесту на стрессоустойчивость

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Тест на стрессоустойчивость	17,6	18,8	Uэмп =93

Результат: $U_{эмп} = 93$ при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}(93)$ находится в зоне незначимости.

Результаты диагностики по Тесту нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич) показаны на рисунке 15.

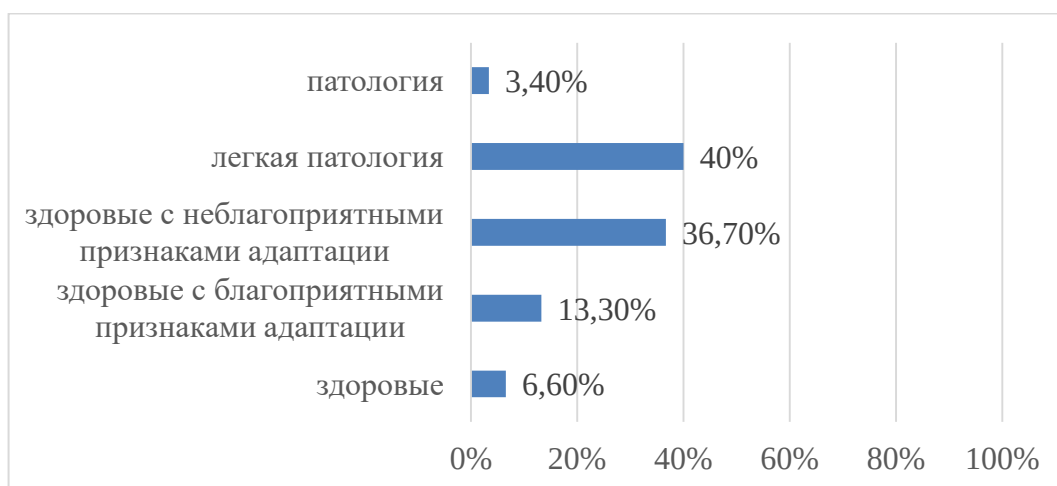


Рисунок 15 – Результаты диагностики по Тесту нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич) в общей выборке

Среди участников исследования: здоровых людей – 2 человека (6,6%), практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками – 4 человека (13,3%), практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология) – 11 человек (36,7%), легкая патология – 12 человек (40%) и с признаками патологии – 1 человек (3,4%).

Сравнение результатов мужчин и женщин показаны на рисунке 16.

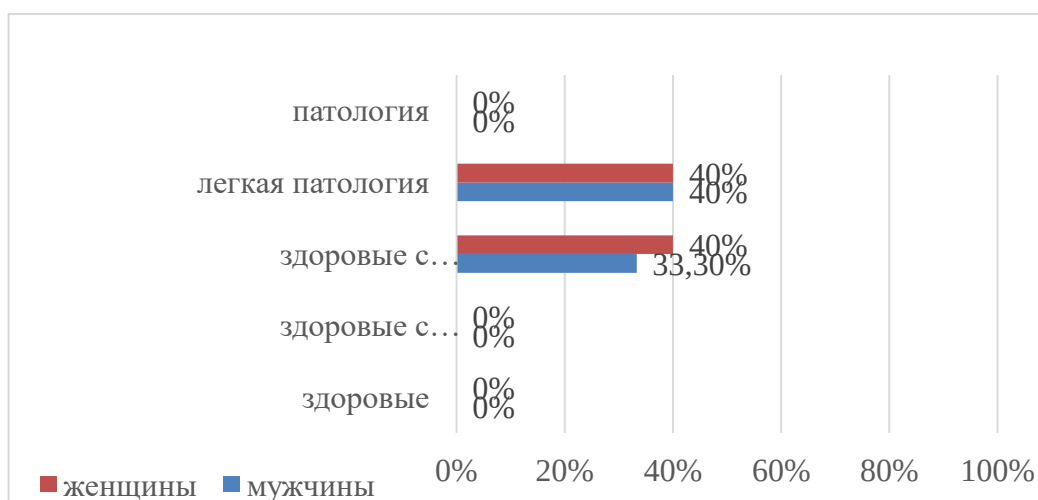


Рисунок 16 – Сравнительные результаты диагностики мужчин и женщин по Тесту нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич)

И мужчины, и женщины, в основном оказались в группе здоровых с неблагоприятными признаками адаптации или в группе легкой патологии адаптивных систем.

Сравним данные по Тесту нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич) (таблица 13).

Таблица 13 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по Тесту нервно-психической адаптации (автор И.Н. Гурвич)

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Тест нервно-психической адаптации (И.Н. Гурвич).	30,2	30,13	U _{эмп} =109

Результат: U_{эмп} = 109 при $p > 0,05$. Полученное эмпирическое значение U_{эмп}(109) находится в зоне незначимости.

Результаты диагностики по Проективной методике «Дерево» показаны на рисунке 17. Примеры рисунков мужчин и женщин представлены в приложении А, на рисунке А.1.

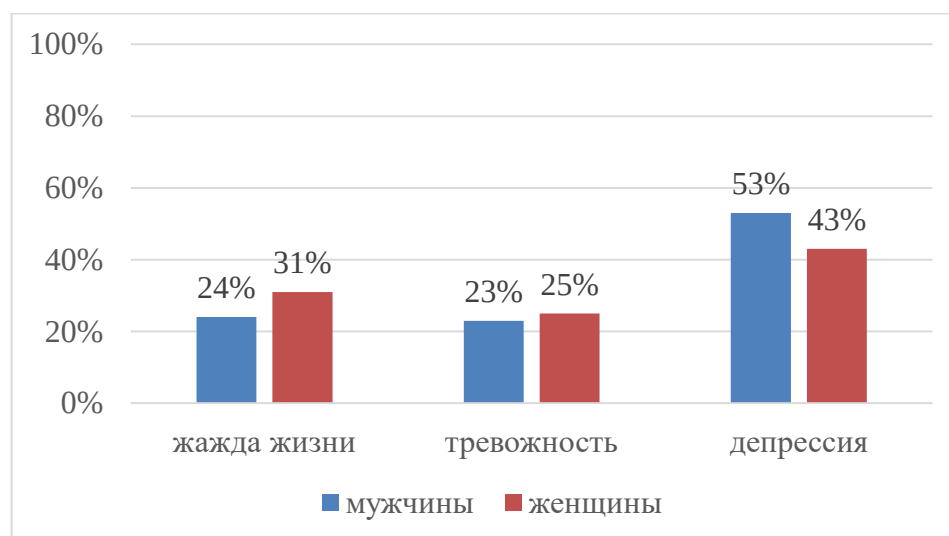


Рисунок 17 – Сравнительные результаты проективной методики «Дерево»

Интерпретация результатов выполненной методики показала, что значимого различия в проявлении тревожности и депрессии в эмоциональном состоянии среди мужчин и женщин не выявлено. Мужчины в данном случае демонстрируют чуть более низкий уровень тревожности, обладают в

значительной мере более низким уровнем жажды жизни по сравнению с женщинами в исследуемой группе.

Сравним данные по проективной методике «Дерево» (таблица 14).

Таблица 14 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по проективной методике «Дерево»

Тест/показатель	мужчины	женщины	Эмпирическое значение критерия Манна-Уитни
Проективная методика «Дерево»	2,53	2,8	Uэмп = 101,5

Результат: Uэмп = 101,5 при $p > 0,05$.

Полученное эмпирическое значение Uэмп(101,5) находится в зоне незначимости, что свидетельствует об отсутствии выраженных различий в проявлении депрессии, тревожности и жажде жизни между мужчинами и женщинами.

Консультация после тестирования.

После первичного знакомства последующая консультация проводилась примерно на 3-5 день госпитализации. Обсуждались результаты тестирования, уточнялись жалобы по психологическому и соматическому состоянию, выяснялся запрос на психологическую работу.

В это время, у пациента уже начиналась химиотерапия. Отмечались уже изменения соматического здоровья и были вопросы о госпитализации, длительности, переживания по поводу химиотерапии и ее осложнений. Поэтому, ещё раз проводилось целеустроение на лечение и планирование и выстраивание дня.

Основные правила, которое мы использовали в целеустроении:

- «буду лечиться столько, сколько необходимо до ремиссии или выздоровления»;
- основной информатор и координатор по лечению – это лечащий врач;
- любые вопросы – задаем, сомнения – снимаем, неясности – проясняем.

Данные правила помогали пациенту не забивать свое сознание лишними образами и переживаниями, не тратить силы на поиск информации и ее точности в интернете. Помогали наладить приверженность к лечению и взаимодействию с лечащим доктором.

Итак, результаты сравнения данных мужчин и женщин показали, что статистически достоверно мужчины и женщины с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга отличаются только по показателям позитивного отношения с окружающими, автономией, самопринятием. На основании результатов диагностики мы предложили условия и возможности психологического сопровождения больных на этапе трансплантации костного мозга.

2.3 Психологическое сопровождение лиц на этапе трансплантации костного мозга

Возможность проведения пациенту аллогенной трансплантации костного мозга состоит из нескольких этапов принятия решений.

Первый этап включает в себя тщательный анализ медицинской документации пациента и направление его образцов на начальное типирование с целью поиска как родственного, так и неродственного донора. Решение о возможности проведения алло-ТГСК и запуск процедуры поиска донора принимается специалистами трансплантационной комиссии.

Второй этап представляет собой получение информации о наличии потенциальных доноров, как среди родственников пациента, так и в международных реестрах.

Третий этап завершается успешным поиском подходящего донора (родственного или неродственного) и согласованием даты процедуры донации.

Четвертый этап включает в себя обсуждение сроков госпитализации пациента в отделение трансплантации костного мозга, а также проведение необходимых обследований перед госпитализацией для подготовки к первой алло-ТГСК. Решение о дате госпитализации принимается специалистами трансплантационной комиссии.

Между этапами лечения делаются перерывы, необходимые для восстановления организма после воздействия химиотерапии и отдыха.

Большую роль в психологическом состоянии больных играют и осложнения, как самого заболевания, так и присоединение других болезней на фоне иммунного дефицита и реакций трансплантат против хозяина (РТПХ). Эти состояния часто нарушают планы пациентов, удлиняют сроки лечения и усиливают тяжесть соматического состояния. Это влечет за собой удлинение сроков изоляции от внешнего мира, ограничение пространства жизни, ограничение общения с близкими и друзьями, а иногда и с персоналом, потому что, учитывая тяжесть болезни, пребывания пациентов на этапе ТГСК происходит в боксах. На этом периоде лечения психологическое сопровождение пациентам просто необходимо.

В современной медицинской и психологической практике наблюдается растущий интерес к психологическим аспектам онкологических заболеваний. Проводятся многочисленные исследования, направленные на поиск эффективных методов оказания психологической поддержки пациентам с онкологическими заболеваниями на всех стадиях болезни и лечения. Тем не менее, в онкологической практике остро стоит проблема недостаточной психологической помощи пациентам. Практически все исследователи, изучающие психические и психологические трудности онкобольных, отмечают этот пробел. К сожалению, большинство пациентов, нуждающихся в психотерапевтической и психиатрической помощи, не получают должной поддержки [11, 12]. Это связано с недостаточной проработкой специальных программ психологического сопровождения больных онкологическими

заболеваниями, в частности гематологического профиля, тяжестью состояния самих пациентов, условиями терапии и стационара. Так же имеет место дефицит медицинских психологов на этапе стационара и поликлиники.

Психологическая помощь является неотъемлемой частью комплексного лечения онкологических заболеваний на всех его этапах – от начала интенсивной терапии до периода реабилитации, независимо от стадии болезни. Такой подход обоснован тем, что подавляющее большинство (до 95%) заболеваний имеют психосоматическую природу. Пациенты с онкологическими заболеваниями часто испытывают негативные эмоциональные состояния, такие как депрессия, тревожность и апатия, что существенно снижает их качество жизни. Улучшение качества жизни больных играет важную роль в успешном лечении онкопатологии.

Возможности психологической помощи в онкологическом стационаре.

Эффективная психологическая поддержка может играть важную роль в мобилизации внутренних ресурсов организма пациента для борьбы с заболеванием. Основная цель такой поддержки – это оказание помощи пациенту не только в преодолении негативных эмоциональных состояний, но и в активном вовлечении его в лечебный процесс, улучшении взаимодействия с медицинским персоналом и обеспечении комфортных условий пребывания как физических, так и психологических.

Психологическая помощь в онкологическом стационаре направлена на адаптацию пациентов к условиям лечения и повышение их качества жизни. Психолог разрабатывает индивидуальные стратегии, которые позволяют пациенту использовать собственные психические резервы для усиления эффекта лечения и улучшения его результатов. Этот подход подтверждается мнениями большинства пациентов, воспользовавшихся психологической помощью и использовавших свои психологические ресурсы в борьбе с онкологическим заболеванием, что, по их мнению, способствовало повышению шансов на выздоровление.

Медицинская наука признаёт прямую связь между уровнем стресса и развитием соматических заболеваний, в том числе злокачественных опухолей. Психическое состояние пациента играет важную роль в возникновении и прогрессировании онкологических заболеваний наряду с биологическими и экологическими факторами. В условиях хронического стресса организм вырабатывает гормоны, которые, воздействуя длительное время, могут подавлять иммунную систему, снижая её защитные функции от раковых клеток и других патологий. Исследования показывают, что у онкологических больных, страдающих депрессией, риск летального исхода в течение 19 месяцев возрастает в 2,6 раза по сравнению с пациентами, демонстрирующими позитивный настрой. Это подчеркивает критическую важность применения психотерапевтических методов в лечении онкологических заболеваний и подтверждает необходимость активной психологической поддержки как неотъемлемой части комплексной терапии.

Психоонкология играет важную роль в повышении как продолжительности, так и качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями, используя новейшие научные достижения. Применяемые психотерапевтические методики, направленные на активацию внутренних резервов организма для самовосстановления, способствуют созданию благоприятного эмоционального состояния. Это, в свою очередь, смягчает негативное влияние химио- и лучевой терапии, увеличивая общую эффективность лечения.

Многочисленные исследования доказывают эффективность психотерапии в снижении уровня депрессии и тревожности у онкологических больных. Одним из ключевых направлений работы психоонколога является выявление так называемой «критической точки» – момента, формирующего негативное отношение пациента к жизни и болезни. Работа с этой проблемой, поиск путей разрешения сложившейся ситуации помогает пациенту

обнаружить наиболее эффективные способы преодоления как актуальных трудностей, так и заболевания в целом.

Психологическое сопровождение должно характеризоваться индивидуальным подходом, длительностью, тесной связью с повседневной жизнью клиента и построением особых поддерживающих и развивающих отношений между участниками процесса терапии на всех его этапах.

Задачи психологического сопровождения определяются спецификой жизненной ситуации каждого конкретного человека. В контексте онкологических заболеваний такая форма психологической помощи, как сопровождение, признается наиболее эффективной.

На данном этапе трансплантации применяется только индивидуальная психологическая помощь. При наличии необходимости может быть организовано семейное консультирование. В любом случае, психологическое сопровождение мужчин и женщин должно различаться в зависимости от их эмоциональных потребностей и социальных ролей. Мужчины чаще негативно относятся к психологической помощи и менее точно оценивают свои проблемы. Они предпочитают предметную беседу, связанную с их целями и планами, запросом на психологическую работу, лучше откликаются на телесные практики (релаксацию, дыхание). В то время как женщины более ориентированы на личные взаимоотношения и эмоциональную поддержку. Им нравится арт-терапия, сказкотерапия, работа с картами, ведение дневников, беседа с обсуждением и рекомендациями.

В качестве рекомендуемых методов терапии используются кризисное консультирование, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия в формах, доступных с учётом физического состояния пациента, а также элементы экзистенциальной, гештальт-терапии и прикладной культурно-исторической аналитической терапии.

В рамках арт-терапии мы предлагаем постепенный переход от опосредованного взаимодействия с собственными психологическими

трудностями, выраженными в арт-терапевтических продуктах, к прямому осмыслению этих трудностей и эмоциональному диалогу с внутренним миром. По нашему мнению, проведение индивидуальных консультаций и семейной терапии способствует ресоциализации пациентов, формированию новых моделей поведения и восприятия болезни как части жизни, а не её определяющей характеристики.

В ходе лечения необходимо разработать план реабилитации, включающий как медицинские, так и психологические аспекты. При этом важно опираться на внутренние ресурсы пациента и помогать ему сформулировать перспективы своего будущего. Активная работа с мотивацией, поиск новых смыслов и целей являются ключевыми задачами этого этапа.

Пациент должен быть максимально сосредоточен на этапе лечения. Однако по мере перехода к диспансерному наблюдению всё чаще возникают социально-психологические проблемы, связанные с заболеванием или обострившиеся под его воздействием. На данном этапе терапии важно помочь пациенту дифференцировать психологические трудности, обусловленные самим лечением (к примеру, аплазия, возникающая при химиотерапии), от эмоциональных переживаний, напрямую связанных с онкологическим диагнозом и изменениями в его жизни, вызванными заболеванием в целом.

Особое внимание следует уделить вопросам психологического сопровождения пациентов, связанного с эмоциональным состоянием, которое может возникнуть в ходе лечения. Далее представим эти состояния.

Возможный аффективный сдвиг, проявляющийся в тревожно-депрессивном синдроме перед оперативным вмешательством или болезненными процедурами. Данный синдром характеризуется тревогой, связанной с риском летального исхода во время операции или процедуры, а также страхом необратимых физических изменений после нее.

Основные усилия должны быть направлены на:

- точное разъяснение этапов предстоящего хирургического вмешательства, а также, при необходимости, визуальное представление хода операции или процедуры;
- тщательное выявление и уточнение причин беспокойства пациента;
- обсуждение различных вариантов реконструктивной косметологии, которые могут быть предложены после операции.

В рамках подготовки к курсу химиотерапии крайне важно провести подробную беседу с пациентом о возможных соматических и психологических проявлениях токсического действия противоопухолевых препаратов. Необходимо объяснить неизбежность определенных физических изменений, таких как выпадение волос, изменение вкусовых ощущений, кожные реакции (зуд, высыпания) и другие.

Пациент должен быть информирован о потенциальных побочных эффектах, включая анемию, аллергические реакции, полинейропатию, астеническое состояние, снижение либидо.

Также следует обсудить возможные изменения в трудовом графике, как во время курса химиотерапии, так и в период восстановления. Важно определить круг лиц, которые могут оказать пациенту необходимую поддержку и помощь.

Психологическая поддержка должна включать в себя мотивацию пациента к соблюдению диетических рекомендаций и режима дня, что позволит минимизировать негативные последствия лечения как вовремя, так и после курса химиотерапии.

Рекомендации по психологической поддержке пациентов, проходящих гормональную, заместительную или лучевую терапию, в значительной степени аналогичны рекомендациям для пациентов, получающих химиотерапию. Важно учитывать дополнительные факторы, связанные с возможными озабоченностями пациента, вызванными изменением веса, колебаниями настроения, изменениями состояния кожи и потенциальным

наступлением временной или постоянной менопаузы у женщин, проходящих гормональную терапию. Специалист должен уделять особое внимание поддержке пациента в принятии произошедших телесных изменений, использовать элементы имидж-терапии для формирования позитивного образа и самовосприятия.

Одним из ключевых аспектов работы психолога остаётся поддержка пациента на всех этапах лечения. Это включает в себя профилактику как гиперо-, так и гипонозогнозий, а также поддержание адекватных форм взаимодействия с медицинским персоналом (ВКБ). Важным элементом является поощрение активного участия пациента в лечебном процессе: получение им полной и понятной информации о заболевании, его течении и прогнозе.

На этапе лечения часто возникают запросы, связанные с межличностными отношениями между пациентом и медицинским персоналом. Пациенты могут испытывать широкий спектр чувств, в том числе негативных: обиду, гнев, злость, а также противоречивые эмоции, такие как страх и желание общения, ненависть и уважение. После преодоления шокового состояния, вызванного постановкой диагноза, психолог может более активно способствовать выражению пациентом всех его эмоций и состояний в ходе консультации. При этом важно обеспечить когнитивное завершение процесса выражения, то есть совместно с пациентом проанализировать приемлемые формы, контекст и последствия проявления этих эмоций и состояний за пределами сеанса психотерапии [3].

В работе с пациентами использовалась интеграция различных методов.

Интеграция различных терапевтических методов в психологической помощи пациентам, проходящим трансплантацию костного мозга, играет важную роль в обеспечении эффективности и удовлетворенности результатами терапии. Применение «интегративной психотерапии» является

одним из перспективных подходов, который предполагает комбинирование различных методов и техник для создания контакта с клиентом в реальном.

Важным аспектом этого метода является возможность осознать свои эмоции, переживания, что способствует процессу личностного развития и позволяет более эффективно справляться с психологическими трудностями.

«Интеграция в психотерапии» предлагает синтез различных психологических подходов и теорий, что способствует повышению эффективности терапии и удовлетворенности клиентов результатами.

Современные интегративные модели психотерапии стремятся объединить разнообразные аспекты психологических теорий, чтобы обеспечить наиболее полное и глубокое воздействие на пациентов. Важно понимать, что интеграция различных методов позволяет получить комплексный подход к решению психологических проблем и более эффективно воздействовать на пациентов на всех этапах процесса лечения.

Понимание «логической основы интеграции терапевтических методов» в контексте психотерапии позволяет увидеть пользу использования подобного подхода. Создание эффективных интегративных моделей, учитывающих разнообразие психологических теорий и методов, является ключевым направлением развития современной психотерапии. Использование синтетического подхода к различным школам психологии может способствовать более полному и глубокому воздействию на пациентов, что особенно ценно в случае процедуры трансплантации костного мозга.

Таким образом, «интеграция различных терапевтических методов» в психологической помощи пациентам во время трансплантации костного мозга представляет собой перспективный подход, который позволяет сочетать разнообразные методики для обеспечения наилучших результатов.

Комбинирование интегративной психотерапии с другими методами психологической помощи может значительно улучшить процесс лечения и адаптации пациентов к новой жизненной ситуации после трансплантации.

Упражнения, которые использовались во время психологического сопровождения.

Беседа и обсуждение.

Беседа в основном была тематической, по вопросам улучшения своего качества жизни, во время нахождения в отделении трансплантации. Во время беседы обсуждались такие темы, как: «Что я сейчас в этих условиях могу сделать для себя и своих близких», «Как мне сейчас вложиться в свое здоровье?», «Какой урок я могу извлечь для себя из всего происходящего?», «Как измениться моя жизнь после трансплантации?».

Комната горевания («офис печали»).

Практически у 1/3 пациентов, несмотря на проводимые ранее этапы лечения, даже на этапе пересадки костного мозга отмечалось горевание и принятие собственного заболевания.

Психологическое состояние отличалось слезливостью, эмоциональной лабильностью и постоянным пониженным настроением, нарушением сна с переживаниями и гореванием о себе и близких. После обсуждения целеустрояния и настроя на лечение, мы обсуждали то, как стоит распределять свои силы и то, что депрессия (пониженное настроение), постоянные переживания и негативные мысли об исходе процедуры пересадки или исходе своей жизни, сжигают силы, особенно, если горевание происходит на протяжении всего дня и ночи. В этих случаях, было предложено пациентам выполнять упражнение «Комната горевания».

Смысл этого упражнения заключается в том, что человек берет ответственность за свое состояние на себя, сам определяет время для своего горевания и его длительность.

Обычно, люди выбирали вечернее время и длительность 5-7 мин. В это время можно позволить себе горевать, плакать, причитать по поводу своего состояния, выпускать те мысли, что наполняют его, высказывать их,

выстанывать, выплакивать. С каждым разом усиливается осознание себя, горевание становится более собранным, точечным, коротким по времени.

Идет принятие своей болезни и действительности. Происходит обращение к задаче и планам для выздоровления и восстановления.

Сказкотерапия. Во время тяжелого соматического состояния и астенизации пациента, мы читали русские народные сказки. Все сказки в основе своей похожи и описывают, путь и взросление души, которая проходит определённые этапы жизненного пути. «Жили-были», «Пришла беда», «Герой отправляется в поход», «Проходит испытания», «На пути встречает помощников» или «Раскрывает свои способности», думает, решает задачи, проходит испытания, меняется и «Становится царем». Такое понимание сказки сильно меняет взгляд человека на свою жизнь. И свою болезнь, он начинает рассматривать не как «горе или тяжелый жизненный этап», а начинает рассматривать и оценивать, «как испытание, которое нужно пройти и взять для себя какой-то урок». Это дает внутреннюю опору на себя и собирает силы, как «в поход».

Ежедневник «Лучики Солнца». Так же, всем пациентам было предложено вести ежедневник, который назывался «Лучики солнца». В него ежедневно записывались события, которые вызывали радость, улучшали настроение, приносили силы и надежду. Ежедневно нужно было записать 5-7 событий. Эти описания помогали людям в своих однообразных и серых буднях лечения учиться видеть светлые стороны жизни, обращать свой взгляд на жизнь.

Блокнот с кофейными пятнами. Автор доктор психологических наук А.А. Шевцов. Всем пациентам мы раздавали блокноты, в которых были нарисованы кофейные пятна. Всматриваясь в них, нужно было рисовать то, что они напоминали, или то, что приходило на ум. Данная методика освобождала от переживаний, облегчала общее состояние. Рисунки, как

оказалось, во многом были связаны с какими-то воспоминаниями или важными событиями жизни, которые мы в дальнейшем обсуждали.

Работа с ассоциативными картами (МАК) (Приложение Б). Из телесных практик, в основном использовались дыхательные практики и техники для релаксации. Легкая суставная гимнастика.

В некоторых случаях, использовались индивидуальные подходы, которые могли включать в себя учёт вероисповедания и молитву.

Психологическая помощь пациентам с онкологическими заболеваниями характеризуется большим разнообразием подходов, которые должны быть персонализированы в соответствии с индивидуальными потребностями каждого человека. В то время как некоторые больные нуждаются лишь в возможности открытого диалога со специалистом о своих проблемах, другим необходима более глубокая поддержка.

Среди распространенных методов психонкологической помощи можно выделить:

- техники релаксации, такие как прогрессивная мышечная релаксация и аутогенная тренировка, которые способствуют уменьшению тревоги и мышечного напряжения;
- имажинативные процедуры, такие как визуализации и фантазийные путешествия, направлены на снятие эмоционального напряжения, преодоление страхов и формирование более позитивного мировоззрения;
- художественная терапия, включающая танцевальную и изотерапию, служит средством выражения и переработки подавленных эмоций;
- упражнения на телесное восприятие помогают пациентам лучше понимать и принимать изменения в своем теле, вызванные болезнью и лечением;

– поведенческая терапия фокусируется на коррекции паттернов мышления, что способствует уменьшению психологической нагрузки на пациента и повышению качества его жизни.

Выводы по второй главе

В исследовании психологических особенностей эмоциональной сферы на этапе трансплантации костного мозга приняли участие 30 человек, в возрасте от 19 до 65 лет. Среди них мужчин 15 человек, что составило 50%, женщин 15 человек – 50%. Все мужчины и женщины имели онкогематологическое заболевание, для лечения которого необходима была аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Результаты диагностики по вышеперечисленным методикам говорят о том, что половина пациентов, которым предстоит трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, выходят к этой процедуре в состоянии выраженной тревоги и депрессии, а 20% в состоянии скрытой депрессии. И только почти треть из них настроены на аллогенную ТГСК, верят в ее положительный исход и улучшение качества своей жизни. Выраженная депрессия распределилась примерно одинаково у мужчин и женщин. Эмоциональное состояние с выраженной тревогой больше среди мужчин. В тоже время и мужчины и женщины проявились, как стрессоустойчивые люди.

Среди участников исследования нервно-психической адаптации большинство респондентов практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология) – 11 человек и с легкой патологией – 12 человек.

Результаты сравнения данных мужчин и женщин с помощью U-критерия Манна-Уитни показали, что статистически достоверно мужчины и женщины с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации

костного мозга отличаются по показателям позитивного отношения с окружающими, автономией, самопринятием.

Позитивное отношение к окружающим в более высоких показателях у женщин, тогда как для мужчин более характерно ограниченное количество доверительных отношений с окружающими, сложность быть открытым, проявлять теплоту и заботиться о других в межличностных отношениях. Женщины более охотно идут на контакт, более общительны и легче находят общий язык и медицинским персоналом, и психологом. Женщины более самостоятельны, независимы, способны противостоять событиям, самостоятельно регулировать собственное поведение и оценивать себя в соответствии с личными критериями и ценностями. Мужчины более позитивно относятся к себе, знают и принимают различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивают свое прошлое.

Суть психологического сопровождения заключается в том, что одним из ключевых направлений работы психолога является пациент ориентированный подход. При сопровождении ведется активная работа с мотивацией, поиск новых смыслов и целей в жизни. При наличии необходимости может быть организовано семейное консультирование. Работа проводится посредством интеграции различных психотерапевтических методов: кризисное консультирование, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия в формах, доступных с учётом физического состояния пациента, а также элементы экзистенциальной, гештальт-терапии и юнгианской аналитической терапии.

Заключение

Проведя исследование эмоциональной сферы лиц с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга, можно сделать следующее заключение.

Проблема эмоциональной сферы личности в психологии представляет собой многогранный и многослойный объект исследования, охватывающий различные аспекты человеческой жизни. Личность, как уникальная структура, формируется под воздействием генетических факторов, социальных условий и индивидуального опыта.

Онкогематологические пациенты, сталкивающиеся со своим диагнозом, испытывают уникальные психоэмоциональные нагрузки. Психологические особенности таких пациентов во многом определяются сложностью и долговременностью терапии, а также непредсказуемостью течения заболеваний. Многие из этих пациентов сталкиваются с необходимостью адаптации к новому образу жизни, где регулярные медицинские процедуры становятся нормой.

Пациенты с онкологическими заболеваниями часто сталкиваются с такими психологическими проблемами, как страх, тревога, стресс и депрессия. Данные состояния могут существенно снизить качество жизни больных, уменьшая их настроение и жизненный тонус, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на эффективности лечения.

Стресс может быть не только следствием онкологического заболевания, но и одним из его возможных провоцирующих факторов. В истории болезни пациентов с онкологией часто выявляются многочисленные стрессовые события.

Онкологическое заболевание, как правило, кардинально меняет привычный образ жизни человека, разрушает существующие связи и заставляет пересмотреть многие жизненные аспекты. Это может привести к

развитию депрессии и значительному психологическому дискомфорту. Поэтому работа с психологом может существенно облегчить переживания пациентов на этапе трансплантации костного мозга.

Эмпирическое исследование показало, что половина пациентов, которым предстоит трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, выходят к этой процедуре в состоянии выраженной тревоги и депрессии, а 20% человек в состоянии скрытой депрессии (которая может быть неосознанная, а может быть скрыта осознанно, из-за страха в отказе от лечения). И только почти треть из них настроены на аллогенную ТГСК, верят в ее положительный исход и улучшение качества своей жизни. 16,6% испытуемых достаточно спокойные люди, реально смотрящие на жизнь. Их не просто вывести из равновесия. Остальные 83,4% принадлежат к наиболее распространенной группе людей. Их раздражают только очень неприятные вещи. Не драматизируют повседневные невзгоды и легко способны о них забывать.

Среди участников исследования на предмет нервно-психической адаптации здоровых людей 6,6% человек, практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками – 13,3%, практически здоровых с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология) немного больше трети человек, легкая патология у меньше половины человек и с признаками патологии незначительная часть участников. И мужчины, и женщины, в основном оказались в группе здоровых с неблагоприятными признаками адаптации или в группе легкой патологии адаптивных систем.

Результаты сравнения данных мужчин и женщин с помощью U-критерия Манна-Уитни показали, что статистически достоверно мужчины и женщины с онкогематологическими заболеваниями на этапе трансплантации костного мозга отличаются по показателям позитивного отношения с окружающими, автономией, самопринятием.

Позитивное отношение к окружающим в более высоких показателях у женщин, тогда как для мужчин более характерно ограниченное количество доверительных отношений с окружающими, сложность быть открытым, проявлять теплоту и заботиться о других в межличностных отношениях. Женщины более охотно идут на контакт, более общительны и легче находят общий язык и медицинским персоналом, и психологом. Женщины более самостоятельны, независимы, способны противостоять событиям, самостоятельно регулировать собственное поведение и оценивать себя в соответствии с личными критериями и ценностями. Мужчины более позитивно относятся к себе, знают и принимают различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивают свое прошлое.

На основании результатов диагностики мы предложили вариант психологического сопровождения больных на этапе трансплантации костного мозга. Одним из ключевых направлений работы был выбран пациент ориентированный подход. При сопровождении активная работа с мотивацией, поиском новых смыслов и целей в жизни. При наличии необходимости может быть организовано семейное консультирование. Работа может вестись посредством интеграции различных психотерапевтических методов: кризисное консультирование, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия в формах, доступных с учётом физического состояния пациента, а также элементы экзистенциальной, гештальт-терапии и юнгианской аналитической терапии.

Таким образом цель исследования достигнута, задачи решены, гипотеза нашла свое подтверждение.

Список используемой литературы

1. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М. : Наука, 1980. 197 с.
2. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита// Психологический журнал. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–19.
3. Асмолов А. Г. Культурно историческая психология и конструирование миров. М. : Изд-во «Институт практической психологии». 1996. 768 с.
4. Асмолов А. Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека. М. : Смысл, 2007. 526 с.
5. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Реабилитация онкологических больных. М. : Медицина. 1988. С. 46–65.
6. Бернс Д. Терапия настроения: Клинически доказанный способ победить депрессию без таблеток. Издательство Альпина Паблишер, 2022. 581 с.
7. Божович Л. И., Неймарк М. С. «Значение переживания» как предмет психологии // Вопросы психологии. 1972. № 1. С. 130–134.
8. Болбат Н. С., Скугаревская Е. И. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь. Минск: БГМУ, 2021. 24 с.
9. Боброва М. А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия и прогноз): автореферат дисс... канд. мед. наук. Москва, 2012. 23 с.
10. Василюк Ф. Е. Психология переживания (Анализ преодоления критических ситуаций). М. : Мзд-во МГУ, 1984. 200 с.
11. Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. М. : Изд-во МГУ, 1976. 143 с.

12. Виноградов Е. Ю. Эмоциональная активация в структуре мыслительной деятельности человека: Автореферат канд. психол. наук. М., 1972. 14 с.
13. Выготский Л. С. Конкретная психология человека // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1986, №1. С. 51–64.
14. Выготский Л. С. Учение об эмоциях // Собрание сочинений М.: Педагогика. 1984. Т. 6. С. 90–318.
15. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Московский психотерапевтический журнал. 1996. №3. С. 112–141.
16. Голубев В. Л., Данилов А. Б. Психологические установки пациента и переживаний боли. Обзор. URL: https://www.rmj.ru/articles/bolevoy_sindrom/Psihologicheskie_ustanovki_pacienta__i_perezhivanie_boli_Obzor/?utm_source=yandex.ru&utm_medium=organic&utm_campaign=yandex.ru&utm_referrer=yandex.ru (дата обращения: 15.05.24).
17. Готье С. В., Климушева Н. Ф. Психологическая адаптация и реабилитация реципиентов донорских органов // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2016. № 18(2). С. 37–45.
18. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2017 году. Сообщение регистра российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2018. № 20(2). С. 6–28.
19. Грановская Р. М., Рыбников В. Ю., Змановская Е. В., Ашанина Е. Н., Хрусталева Н. С., Савельева М. В. Взаимосвязь темперамента, психологических защит и совладания со стрессом. // Вестник психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 83–98.
20. Грот Н. Психология чувствований в ее истории и главных основах. СПб., 1980. 576 с.

21. Дарвин Ч. О выражении отношений человека и животных. Пер. с последнего англ. издания А. А. Николаева. Под ред. В. В. Битнера. СПб. : Изд-во «Вестник Знания», 1912.

22. Есина Л. В., Выборных Д. Э., Рассказова Е. И., Гемджян Э. Г., Звонков Е. Е., Лукьянова И. А., Моисеева Т. Н., Магомедова А. У. Представления о болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами: сравнительное исследование // Теоретическая и экспериментальная психология. 2024. №17 (1). С 103–122.

23. Зотов П. Б. Типы внутренней картины болезни и суицидальная активность больных злокачественными образованиями // Медицинская психология в России. 2013 №2 (19). URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения 25.03.24).

24. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 784 с.

25. Изард К. Е. Эмоции человека. СПб.: Питер, 1999. 464 с.

26. Калинин И. В. Психология внутреннего конфликта человека: Учебно-методическое пособие / Под ред. Ю. А. Клейберга. Ульяновск: УИПКПРО, 2003. 164 с.

27. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М. : Медицина, 1980. 448 с.

28. Крупнов А. И. Психофизиологические проявления и структура темперамента. М. : Изд-во РУДН, 1992. 78 с.

29. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс. М. : Медицина, 1970. С. 178–208.

30. Ланге Г. Аффекты (душевные явления): Психофизиологический этюд, СПб., 1890. 65 с.

31. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. СПб. : Речь, 2000. 407 с.

32. Левин О. С., Чимагомедова А. Ш., Арефьева А. П. Тревожные нарушения у больных с онкологическими заболеваниями: влияние на течение

онкологического процесса и возможности коррекции // РМЖ. 2018. № 12. С. 25–31.

33. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление. М. : Академический проект, 2020. 430 с.

34. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции. М. : Изд-во МГУ, 1971. 38 с.

35. Микита О. Ю., Хубутя М. Ш., Рыбников В. Ю., Пинчук А. В. Психологическое сопровождение пациентов до и после трансплантации органов // 7-ая научно-практическая конференция «Московская трансплантология: жизнь после трансплантации» совместно с образовательной сессией. Материалы научно-практической конференции. М.: НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, 2017. С. 68–70.

36. Мотков О. И. Исследование гармоничности личности: монография. М. : РУСАЙНС, 2020. 168 с.

37. Нагаев В. В., Бендос Т. В. Психология чувств и их воспитание. Учебное пособие. Пермь: Пермский ун-т, 1982. 112 с.

38. Пашин В. М., Деулин Д. В., Маслак О. Н. Юридическая психология в практической деятельности сотрудников правоохранительных органов. Учебное пособие Домодедово, 2013. 213 с.

39. Пчелкин М. А., Разуваева Т. Н. Типологические особенности внутренней картины болезни у онкобольных // Международный научно-исследовательский журнал. 2024. №3 (141). URL: <https://research-journal.org/archive/3-141-2024-march/10.23670/IRJ.2024.141.103> (дата обращения: 11.11.24).

40. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М. : Прогресс, Универс, 1994. 480 с.

41. Рубинштейн С. Л. Эмоции // Основы психологии. М., 1936. С. 393–417.

42. Селье Г. Стресс без дистресса. М. : Прогресс, 1979. 126 с.

43. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. М. : Наука, 1981. 215 с.
44. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 1993, № 4. С. 13–24.
45. Шевцов А. А. Прикладная культурно-историческая психология. Спб.: Роща, 2012. 264 с.
46. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени. Пер. с нем. М.: Прогресс-Универс, 1994. 336 с.
47. Brown D. P., Chapman J. R. Care of Transplant Recipients in Primary Practice. Transplantation. 2016. Vol. 100(3). P. 474–476. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900807/> (дата обращения: 12.07.24).
48. Erikson E. H. Identity. Youth and Crisis. N. Y. 1968. 338 p.
49. Rogers C. R. On becoming a Person. Boston, 1961. 423 p.
50. Spielberger Ch. D. Anxiety: Current Trend in Theory and Research. N. Y.-L.: Academic Press, 1972. 268 p.
51. Thomas F. Secrets in the Face. Bombay, 1986. 67 p.

Приложение А

Примеры рисунков мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга

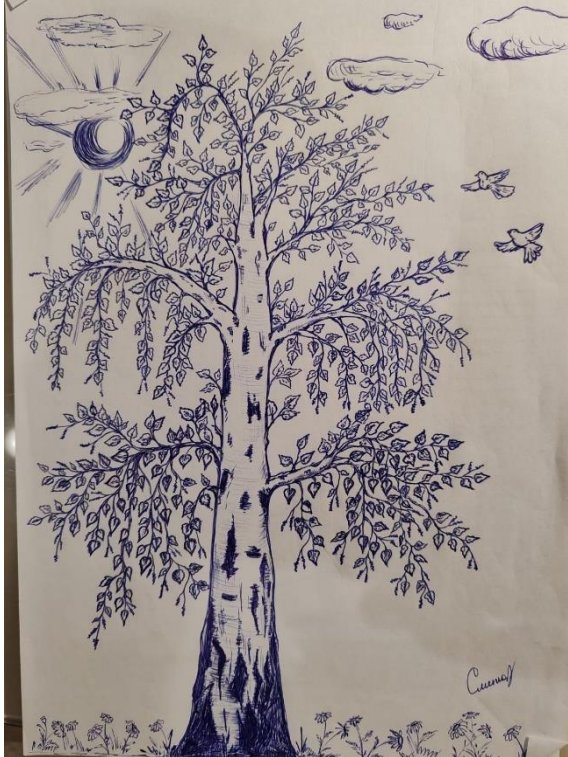
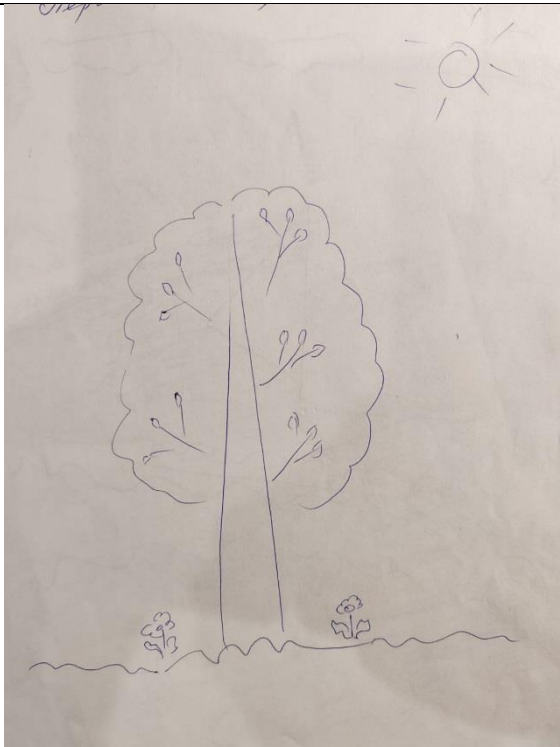
Мужчины	Женщины
	
	

Рисунок А.1 – Примеры рисунков мужчин и женщин на этапе трансплантации костного мозга

Приложение Б

Работа с картами МАК

Техника «Преодоление».

Используются колоды ЭККО и ХАБИТАТ.

Описание техники:

В открытую прошу из колоды ЕССО достать карту, которая отражает сейчас состояние человека. Ни в коем случае не торопим. Чем медленнее перебираются и рассматриваются карты, тем более клиент погружается в транс и дает нам путь к бессознательному.

Далее просим описать выбранную карту и разместить ее в любом месте на белом листе бумаге.

После этого предлагаем человеку цветными карандашами дорисовать картину. Говорим, что чем больше он выплеснет горя, печали, обиды, злости на листе, тем ему будет легче.

Когда картина готова, просим глядя на нее ответить на такие вопросы:

- как страх влияет на Вас и Вашу жизнь;
- как он изменил Ваше представление о Вас;
- как он повлиял на Ваши отношения с другими людьми;
- как он влияет на Вашу работу;
- если представить, что возникшая проблема стала Манипулятором, как ей удастся воздействовать на Вас;
- можете ли Вы этому сопротивляться;
- есть ли у Вас силы не давать этой проблеме проникать в Вашу жизнь и разрушать ее;
- где, как Вам кажется, Вы можете найти ресурсы, чтобы не сдаваться;
- как Вам кажется, какие качества Вашего характера еще больше усугубляют проблему, а какие могут помочь с ней справиться?

Предлагаем в открытую выбрать из ХАБИТАТ несколько ресурсных карт, чтобы закрыть самые болезненные места на картине и саму карту страха.

Продолжение Приложения Б

Просим рассказать, что чувствует сейчас человек, какие у него мысли эмоции, ощущения в теле, стало ли ему легче, почему он выбрал именно эти карты. Далее собираем все карты и спрашиваем, чтобы хотел человек сделать с нарисованной им картиной? Причем, на листе останется белое пятно от карты страха. Не акцентируйте на этом внимание, но у клиента отложится ощущение, что этого нет, оно как бы исчезло, просто белое пятно. Картину можно сжечь, разорвать на кусочки, утопить в воде. Пусть человек сделает это сам.

Расспрашиваем, что теперь: какие чувства, ощущения, эмоции...

Определение отношения к болезни и полученным урокам.

Техника «История болезни»

Используются карты ПЕРСОНА.

Описание техники:

Выбрать 4 карты:

- я до болезни;
- я во время болезни;
- я после болезни;
- я через 5 лет

Вопросы к 1 карте:

Какие трудности вы испытывали перед болезнью?

Какие у вас были проблемы?

Как вы думаете, что привело вас к вашей болезни?

Чего вам не хватило, чтобы не заболеть?

Вопросы ко 2 карте:

Где и когда вы лечились?

Как эмоционально вы реагировали на болезнь?

Помогла ли она вам в чем-нибудь?

Продолжение Приложения Б

Вопросы к 3 карте:

От чего вы отказались во время болезни?

Что вы приобрели во время болезни?

Чему научились?

Какие выводы сделали?

В чем ценность приобретенного опыта?

Какие выгоды получили от болезни?

Вопросы к 4 карте:

Какой вы через 5 лет после выздоровления?

Что изменилось в вашем окружении?

Как вы заботитесь о себе?

Что вас радует в жизни?