## Введение

В последние десятилетия в мире резко возросло количество людей страдающих онкологическими заболеваниями. По мнению многих психологов (А.Ш. Тхостов, Н.Г. Кощуг, А.В. Гнездилов, В.Н. Герасименко) проблема человека находящегося в ситуации онкологического заболевания должна рассматриваться не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая. Тяжесть и негативный миф заболевания в обществе приводит к тому, что происходит разрушение привычной деятельности, установок и отношений личности. Человек оказывается в ситуации "… невозможности жить, реализовывать внутренние необходимости своей жизни" (Василюк Ф.Е.), в ситуации кризиса, как процесса смысловой динамики, направленный вектор от рассогласованной, в виду болезни, системы смыслов к согласованию смысловой сферы личности в контексте целостного жизненного пути личности. Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, "сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего".

## 1. Трансформации смысловой сферы личности

Мы предполагаем, что онкологическая патология приводит к изменению смысловой сферы личности.

Для проверки данного предположения нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого являлось изучение особенностей влияния онкологической патологии на смысловую сферу личности. Гипотеза нашего исследования - онкологическая патология, сужает и деформирует смысловую сферу личности.

Для изучения смысловой сферы мы использовали: тест "Смысложизненные ориентации" Д.А. Леонтьева; методику "Локус контроля" Е.Г. Ксенофонтовой.

А также процедуру "Линия жизни", суть которой в том, что испытуемым предлагается изобразить "линию своей жизни", отмечая на ней события прошлого, настоящего и будущего, и оценивая их согласно предложенной шкалы от +5 до - 5, используя данный прием можно оценить особенности переживания настоящего момента и преобладающую временную ориентацию;

При планировании данного исследования был использован экспериментальный план ex-post-facto. В исследовании приняло участие 40 испытуемых.

Экспериментальную группу составили пациенты онкологического диспансера находящиеся на амбулаторном лечении со стажем заболевания до 3-х месяцев, n=20. Контрольную группу составили практически здоровые люди, n=20. Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0, с использованием критерия U-Манна-Уитни.

В процессе статистической обработки полученных в ходе исследования данных, были получены следующие результаты.

Переживание настоящего, по линии жизни, момента в группе онкологических больных имеет более негативную окраску, чем в группе здоровых испытуемых (p=0,0007). Осмысленность жизни в группе онкологических больных ниже, чем в группе здоровых (р=0,0274). В группе онкологических больных преобладает интернальный локус-контроль жизни (р=0,018).

Так же были получены различия на уровне статистической тенденции, свидетельствующие о том, что в группе онкологических больных жизненные цели представлены менее чётко, чем в группе здоровых испытуемых (p=0,0742).

## 2. Психологические проблемы детской онкологии (на материале общей онкологии)

Детская онкология - достаточно молодое, во многом революционное и все еще исследовательское направление в отечественной и зарубежной медицине (Дурнов, 1992).

До сих пор не осуществлены исследовательские психологические программы в этой области, тогда как "прикладная психология" активно осваивает это поле профессиональной деятельности.

И даже так называемая "психо-онкология" не имеет обширных научных данных о закономерностях переживания ситуации болезни детьми, особенностях их адаптации к болезни, представлениях о будущем, трансформациях ведущих деятельностей, процессах формирования ВКБ, а также результатов нейропсихологических исследований влияния медицинских препаратов на корково-подкорковые функции.

В рамках проведения диссертационного исследования, посвященного знаково-символическому опосредствованию личностных переживаний проблемно-конфликтных ситуаций, нами ведется работа в НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, в отделении общей онкологии (онкопатологии различных органов и опорно-двигательного аппарата). Выделены основные сферы, требующие проведения специальных психологических исследований.

Во-первых, это процессы первичного и вторичного означивания интрацептивных ощущений. Опираясь на семиотические представления Р. Барта об означающем и означаемом в контексте порождения мифов, А.Ш. Тхостов говорит о "двухступенчатой" схеме формирования симптома, когда означенное интацептивное ощущение начинает означать болезнь (Тхостов, 2002).

Болезнь является не только соматическим конструктом, но и "мифом", порождаемым определенными универсальными культурными категориями. Однако, если во взрослой онкологии "мифы" уже достаточно сильны, и существует сложившийся культурный стереотип заболевания, то детская онкология в обыденном сознании, скорее всего, еще не "обросла" такими конструктами.

Это может быть связано и с относительной редкостью заболевания, и с тем, что в литературе и истории есть известные примеры различных гематологических проблем у детей, но представлений о солидных опухолях в детском возрасте в обыденном сознании все-таки меньше.

Во-вторых, это проблема выделения основных кризисных моментов в ситуации болезни.

Как показывает наша практика, ни родитель, ни сам заболевший ребенок не нуждаются в постоянном психологическом сопровождении.

На стадии подбора методик для проведения диссертационного исследования нами осуществлялся мониторинг психо-эмоционального статуса детей и родителей (с использованием методик "Анализ семейных взаимоотношений", рисуночный тест Вартегга, РНЖ, исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн и др.).

Повседневное наблюдение за больными и их родителями и результаты проведенных методик свидетельствуют о стабилизации психо-эмоционального состояния и адаптации к нахождению в стационаре. Но некоторые ситуации в процессе лечения требуют проведения психодиагностического обследования, наблюдения и психокоррекционной работы.

1. Формулирование диагноза. Для взрослого человека, с его сложившимся "мифом" болезни, известие об обнаружении опухоли у ребенка приобретает значение "смертельного приговора".

2. И для ребенка, и для родителя тяжелой фазой адаптации к болезни, получившей название "шок госпитализации", является первичная госпитализация. В этот период ребенок оказывается резко перемещенным в аномальную для него ситуацию.

Изменение режима жизни, комплекс сложных врачебных процедур, соседствование с большим количеством пока еще незнакомых людей, невозможность уединиться, отрыв от референтной группы - вот краткий перечень психотравмирующих факторов для ребенка.

Для родителя к этим проблемам прибавляется актуализированная фобия потери ребенка, переживание по поводу средств на существование, шок от временных перспектив лечения и необходимости резко изменять сложившуюся сеть социального взаимодействия.

В этот период особенно важно включать ребенка в новую для него социальную ситуацию развития, помочь ему адаптироваться через ведущие деятельности, характерные для его возраста, - игру и учебу. Период адаптации к стационару (первые 2 недели) выбран нами для проведения исследования.

3. Особый период лечения - подготовка ребенка к операции и сопровождение в послеоперационный период.

Чаще именно подростки остро переживают неизбежные изменения во внешнем виде (выпадение волос, усталый вид, раздражения и метки на коже). А перспектива операции (особенно при онкопатологии опорно-двигательного аппарата) вызывает страхи остаться инвалидом.

Причем даже эндопротез зачастую воспринимается пациентами как существенный физический изъян, который будет помехой на дальнейшем жизненном пути.

4. Отдельная ситуация лечения - рецидив заболевания, когда ребенок вновь оказывается в клинике на повторном курсе лечения. В этот период может возникать неверие в будущее, нежелание дальнейшего лечения, недоверие к врачам и родителям. Особенно остро встают эти проблемы, если рецидив приходится на подростковый период.

В-третьих, переживание страха смерти, что в меньшей степени характерно для детей дошкольного и младшего школьного возраста, однако весьма актуально для подростков.

По первым полученным данным (модифицированные "Незаконченные предложения", "Линия жизни", тест Вартегга, Самооценка Дембо-Рубинштейн) обследования детей в возрасте 11-14 лет, можно говорить о сильнейших страхах смерти, которые активно вытесняются и компенсируются завышенным уровнем притязаний и самооценкой по шкалам "Здоровье" и "Счастье", нереалистичным изображением длительности собственной жизни (например, мальчик 13,5 лет планирует прожить 200 лет).

В-четвертых, отдельный интерес представляет нейропсихологическое исследование детей с опухолями головного мозга и пациентов, получающих высокодозное лечение.

В-пятых, особая проблемная сфера - это трансформация детско-родительских отношений.

С одной стороны, тяжелое заболевание - уникальный факт автобиографической памяти, и можно говорить, что эти дети очень рано узнают страдание, боль, "рано взрослеют". Но, с другой стороны, наблюдается мощный регресс диадических отношений матери и ребенка.

В кризисной ситуации угрозы потери ребенка практически все матери отделения общей онкологии, вне зависимости от возраста их детей (от 0 до 16 лет), начинают использовать местоимение "мы" в рассказе о себе и ребенке ("мы легли в больницу", "нас направили в Москву", "у нас показатели сегодня не очень", "кушаем плохо" - это высказывания матерей о детях-подростках). А многие дети, в свою очередь, обращаются к таким "детским" средствам манипуляции, как капризы, хныканье, плач.

Особенно интересно, что из разговора с мамой исчезают все слова вежливости, которые продолжают активно использоваться в разговоре с чужими людьми.

Исследование личностных особенностей онко-клиентов с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК)

На сегодняшний день отмечается необходимость присутствия психолога в соматической клинике. Такая тенденция объясняется, прежде всего, увеличением степени опосредованного взаимодействия врача с психологической составляющей клиента, тем самым, обуславливая потребность профессионального сопровождения диады "врач-клиент".

Данное исследование является пилотажным. В нем предпринята попытка определить потенциальные направления психологического взаимодействия, как с врачом, так и с его клиентом.

В практической части данной работы представлено исследование диады "хирург - клиент с ВДГК".

В связи с этим рассматриваются личностные особенности клиентов с ВДГК и выдвигаются предположения о психологических причинах обращения за помощью к торакальным хирургам для устранения (исправления) данного дефекта и ищутся способы психотерапевтической работы с выявленными причинами.

Результаты исследования могут послужить основой для разработки путей взаимодействия в возникающей триаде "врач - психолог (психотерапевт) - клиент", направленного на работу с неблагоприятными для клиента психологическими последствиями операции.

Исследование проводилось на базе МОНИКИ (Московский Областной Научно-Исследовательский Институт им. М.Ф. Владимирского) в отделении торакальной хирургии. На данный момент количество испытуемых составило 13 человек (10 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 17 до 35 лет со слабой и средней степенями выраженности ВДГК без угрозы для здоровья.

В данном исследовании использовались методы психодиагностики личности, позволяющие изучить отдельные элементы целостной структуры личности. Исследование проводилось за сутки до операции, использовалось 6 методик: САН, МИС, Рисунок человека, Клиническая беседа, УСК, опросник Тейлора. Дальнейшая интерпретация полученных данных проводилась с учётом рекомендаций, разработанных С.Р. Пантелеевым в рамках курса психодиагностика.

Проводимое исследование обладает следующей спецификой: ограниченность времени общения психолога и клиента (клиенты преимущественно иногородние); необходимость работать с новой группой клиентов, которые не относятся к клиентам с соматическими нарушениями и вместе с тем не входят в группу клиентов пластических хирургов.

Обследованная группа пациентов обнаружила следующие личностные особенности: внешнее благополучие и значимость самопрезентации; закрытость и подозрительность в начале процесса обследования; наблюдается поиск исключительно внешних способов решения (смена работы, операция) проблем, нет внутренней работы человека; неадекватная оценка собственных неудач; отмечается отвержение образа телесного "Я", затруднение самопринятия и интеграции своего тела в образ "Я".

Результатом пилотажного исследования стало определение круга возможных причин обращения за помощью к торакальным хирургам для устранения (исправления) ВДГК.

Причина 1. Обращение к хирургу является внешним средством решения проблем, связанных с поиском самоопределения.

Причина 2. Фиксация на дефекте, вызванная непринятием окружения (к примеру, детская травма) является причиной обращения к помощи хирурга.

Пути взаимодействия обусловлены причинами обращения к хирургу и являются противоположно направленными. Таким образом, операция по исправлению ВДГК в ситуации кризиса самоопределения не является однозначным и адекватным способом решения проблемы.

Психологическое состояние клиента может улучшиться на некоторое время, может остаться прежним, может ухудшиться, так как истинная причина неудовлетворенности жизнью кроется в личностных характеристиках, а не ВДГК.

В дальнейшем причины вновь возникших проблем будут усматриваться в новом, но по-прежнему, внешнем источнике. В данном случае, пациентам, скорее, показана психологическая помощь (в том числе и краткосрочное консультирование).

Психологическая помощь в таком случае может либо полностью устранить необходимость оперативного вмешательства, либо выступить в качестве профилактики использования внешних способов решения психологических проблем. Однако, если речь идет о фиксации на дефекте, то операция как альтернатива длительной и дорогостоящей психотерапии может помочь успешно решить данную проблему.

## Заключение

Таким образом, в результате проведенного эмпирического исследования мы получили данные, свидетельствующие о том, что люди, страдающие онкологической патологией, имеют изменённую смысловую сферы, это подтверждается тем, что, настоящее воспринимается как негативное, лишённое смысла, фрустрирующее удовлетворение потребностей, при этом нарушается процесс целеполагания.

Преобладание интернальности в группе онкологических больных свидетельствует о том, что обширная зона психической активности сфокусирована на страдании, осуществляется "деятельность переживания", необходимая для формирования новой внутренней позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности.

Безусловно, это лишь краткий перечень проблемных сфер в детской онкологии, требующих психологической разработки и проведения научных междисциплинарных исследований.

## Список литературы

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб., 2008.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 2004
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2007
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности.2-е, исправленное издание. М., 2007
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 2004
6. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. М., 2008
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
8. Дурнов Л.А. Записки детского онколога (Драматическая деонтология). - М.: Интербук, 2006.
9. Нуркова В.В. Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: Изд-во УРАО, 2006.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2005.
11. Бороздина Л.В., Залученова Е.А. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровня самооценки и притязаний, ВП, №1, 2003.
12. Практикум по психодиагностики. Руководство по интерпретации. Общ. ред. Пантилеева С.Р., М., 2007.
13. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 2005.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2008.
15. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. 2004. №12.