

Кроян Г. Ф.

Алтайский государственный университет
Научный руководитель – О.С. Гурова, к. пс. н., доцент

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исследование психологического времени приобретает особую важность в контексте изучения психологического времени людей с онкологическими заболеваниями. В последние десятилетия в мире резко возросло количество людей, страдающих онкологическими заболеваниями. Ежегодно в Российской Федерации от рака умирает более 300 тысяч пациентов, в Алтайском крае – около 5,5 тысяч. По мнению многих психологов (А.В. Гнездилов, А.Е. Колосов, А.Ш. Тхостов, Н.Б. Шиповников и др.), проблема человека, находящегося в ситуации онкологического заболевания, должна рассматриваться не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая. В Барнауле, за последние годы в области онкологии огромные успехи сделаны в радиотерапии, тончайших процессах химиотерапии и хирургических методах лечения, но, если несмотря ни на что, происходит рост онкозаболеваний, то значит, не все еще учтено, и в лечении рака требуются новые подходы системного характера, не только с физической, но и с психической стороны. Трудности, связанные, главным образом, с организационными моментами - отсутствием в онкологических диспансерах системы психотерапевтической и психологической помощи.

Тяжелый 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 (Ф.Е. Василюк), в ситуации кризиса как направленного вектора от раскогласованной, ввиду болезни, системы смыслов к согласованию смысловой сферы личности в контексте целостного жизненного пути личности. Болезнь деформирует жизненно-смысловую перспективу, сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего, в связи с чем онкологическое заболевание рассматривается как критический период жизни человека, характеризуемый глубокими соматическими и психологическими изменениями, способными оказывать влияние на восприятие и психологическую реализацию времени жизни (К. Саймонтон, С. Саймонтон, М.Г. Ивашкина, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко).

Переживание экзистенциальных проблем придает душевным страданиям больного тягостный характер. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как себя вести, хотя и имеют готовность оказать помощь заболевшему. При этом сам больной порой не хочет принять предлагаемую ему помощь, поскольку находится в состоянии погруженности в свои переживания. Ситуация родственников подчас не менее драматична, чем самих больных. Например, для матери видеть страдание и смерть своего ребенка много страшнее, чем самой пойти по этому пути. Реактивные состояния, развивающиеся после потери, зачастую полностью разрушают семью, если ей не оказана психологическая поддержка.

Однако личность человека не перестает развиваться и в таких тяжелых условиях, как онкологическое заболевание.

Объектом исследования выступает психологическое время личности.

Предметом - психологическое время онкологических больных на разных стадиях заболевания. **Цель** данного исследования – особенности психологического времени онкологических больных находящихся на I-II и III-IV стадиях заболевания. Гипотеза нашего исследования содержит два положения. Во-первых, скорее всего, психологическое время больных I-II стадии заболевания характеризуется непрерывностью, насыщенностью, целостностью, организованностью; ведущая временная ориентация – позитивное прошлое. Во-вторых, предположительно, больные на III-IV стадиях заболевания, переживают свое время как , неорганизованное, раздробленное, сжатое, ведущая временная ориентация – настоящее.

В проведенном нами исследовании принимали участие мужчины и женщины от 28 до 60 лет. В первую группу вошли больные I-II стадии заболевания, во вторую - больные III-IV стадий заболевания.

Для исследования нами были использованы следующие методы: психологическое тестирование (тест «Циклический тест времени» Т. Коттла, «Временные перспективы» Ф.Зимбардо, методика «Шкалы переживания времени» Е.И. Головахи, А.А.Кроника, цветовой тест отношений(ЦТО) А.М.Эткинда).

На основании данных полученных при эмпирическом исследовании психологического времени онкологических больных на I-II и III-IV стадиях заболевания был разработан ряд рекомендаций, цель которого информировать врачей о способах наиболее оптимального взаимодействия с больными на I-II и III-IV стадиях заболевания.

Для детального изучения специфики психологического времени, мы использовали методику «Шкалы переживания времени» Е.И. Головахи, А.А. Кроника. На основании полученных данных мы можем прийти к следующим выводам: психологическое настоящее больных, на I-II стадии заболевания характеризуется как быстротекущее ($4,49 \pm 1,805$), насыщенное ($4,51 \pm 1,961$), умеренного темпа (не скачкообразное и не плавное) ($4,11 \pm 1,745$), непрерывное ($4,11 \pm 1,5$), растянутое ($4,53 \pm 0,75$), организованное ($4,27 \pm 0,93$), цельное ($2,86 \pm 0,700$) и им приятно вспоминать свое прошлое ($2,06 \pm 1,119$). Из этого можно сделать вывод, что свое настоящее онкобольными на I-II стадии заболевания видится континуальным, монотонным, довольно напряженным, но при этом время в целом переживается вполне приятным. Часто возникают мысли пессимистического характера

(«это никогда не закончится»), ощущение рутинности, чувство смирения и апатии. Это находит отражение в восприятии времени растянутым и однообразным.

У онкологических больных, на III-IV стадиях заболевания психологическое настоящее характеризуется такими показателями как, пустое ($2,43 \pm 1,008$), скачкообразное ($6,11 \pm 0,93$), сжатое ($2,43 \pm 1,22$), неприятное ($5,29 \pm 1,20$), прерывистое ($5,12 \pm 1,098$), раздробленное ($5,46 \pm 1,35$), однообразное ($2,54 \pm 1,48$), неорганизованное ($5,54 \pm 1,37$). Онкологические больные ощущают свое психологическое настоящее дискретным, ускоренным, а ощущение ускоренности времени приводит к состоянию повышенного внутреннего напряжения, отсутствию раскованности и чувства запаса "свободного" времени, и как следствие негативную оценку данного промежутка времени. На фоне врачебных ограничений, страх рецидива, боязнь медицинских процедур, столь характерного для данной стадии заболевания, в состоянии эмоциональной неудовлетворенности и недовольства, которые могут сопровождаться напряжением отношений, повышенной утомляемостью и тревожностью.

В рамках эмпирического исследования, доминирующей временной ориентацией онкологических больных на I-II стадии является прошлое, то есть внимание больных постоянно приковано к пройденному отрезку жизненного пути, они склонны позитивно оценивать пройденный отрезок жизни, считать его продуктивным и осмысленным. В этом случае человек не видит приемлемых способов организации своей жизнедеятельности на предстоящих этапах жизненного пути. Как видно из вышеизложенного, перед больным стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психологических проблем на этапе приспособления к болезни. В связи с тем, что именно врачи являются одними из главных участников в жизни онкологических больных, зная особенности переживаний больных, они могут помочь им настроиться на выздоровление в настоящем, что поможет снизить тревогу, ведь врач-онколог это намного больше, чем лицо назначающее химиотерапию или другие виды, он может дать надежду или не сделать этого. Врачам следует:

- Информировать пациентов о возможных линиях развития болезни в ближайшем будущем.
- Озвучить больным, что болезнь – это не приговор, а период жизни, который необходимо пережить.
- Делать акценты на лучшем исходе болезни.
- Направить ориентации больных на будущее.

Онкологическое заболевание на III-IV стадиях сопряжено с интенсивными и мучительными переживаниями больного, связанными с угрозой жизни, тяжелым и длительным лечением, изменением социального статуса. Большинство онкологических больных на III-IV стадиях не столько боятся самой смерти, сколько того, что с этим связано. Их пугает перспектива медленного умирания, которое истощит родных и друзей как эмоционально, так и материально. Они с ужасом думают о предстоящих месяцах в больнице, вдалеке от близких, о бессмысленном, одиноком и полном страданий существовании. У них фаталистический настрой на жизнь. Они понимают, что не в состоянии оказывать влияние на свою жизнь, на свое здоровье. Для больных III-IV стадий характерно негативное состояние, стремление не думать о том, что ожидает впереди, и они не могут планировать свое будущее, потому что все слишком изменчиво. В такой ситуации врачи могли бы помочь больному мобилизовать свои силы, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для себя и близких. Врачам следует:

- Обращаться к больным по имени для того, чтобы они почувствовали свою индивидуальную значимость для врача – больные не серая масса.
- При общении с больными беседовать с ними на отвлеченные темы, показывая тем самым, что жизнь вокруг разнообразна и интересна, не стоит заикливаться на болезни.
- Во время проведения лечебных процедур, рассказывать больным, что с ними делают и с какой целью. Больные должны знать, каково назначение лечения.
- Поощрять контакты больных с внешним миром, чтобы они не замыкались в себе, в своем одиночестве.

Лечебно-диагностический процесс, состоящий порой из сложных диагностических процедур хирургического и лучевого компонентов и иных методов лечебных воздействий, очень часто оставляет больного в своеобразном «психологическом вакууме», где он, по сути дела, предоставлен сам себе.

Однако далеко не каждый больной сможет самостоятельно выработать для себя адекватную систему психологической компенсации, без которой ему трудно возобновить нормальный (подобный прежнему) образ жизни, вернуться к труду. *Именно в этом случае они особенно нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны врача и остального медицинского персонала.*

Библиографический список

1. Василюк, Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций / Ф.Е. Василюк // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16. – №3. – С. 90-101.
2. Гнездилов, А.В. и др. Психогенные нарушения у онкологических больных и возможности их коррекции в онкологической клинике / А.В. Гнездилов, Н.Н. Симонов, Н.Б. Шиповников // Вопросы онкологии. – 2009. – №4. – С. 36-49.
3. Ивашкина, М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / М.Г. Ивашкина. – М., 1998. – 24 с.