

УДК 159.923.4

*И. Н. Симаева, И. Г. Ецина*

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ  
ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ  
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА**

*Исследуются особенности психологической поддержки женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, проживающих в условиях малого города, и динамика эмоциональных состояний в ходе проведения специально разработанной для этой цели программы активного психолого-педагогического сопровождения реабилитации.*

*This article analyses the peculiarities of psychological support to breast cancer survivors residing in small towns. The authors consider the dynamics of emotional state in the course of implementing a dedicated programme of intensive psychological support in rehabilitation.*

**Ключевые слова:** эмоциональные состояния, психолого-педагогическое сопровождение, онкологические заболевания.

**Key words:** emotional state, psychological support, oncological diseases.

Заболеваемость злокачественными опухолями в России с каждым годом возрастает. На сегодняшний день самым частым «органным» онкологическим заболеванием у женщин является рак молочной железы (РМЖ): ежегодно этот диагноз ставится одному миллиону двумстам тысячам женщин во всем мире. Наряду с развитием онкологии отмечается и увеличение продолжительности жизни больных, перенесших радикальное лечение. Однако до сих пор, к сожалению, удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения. Так, в Калининградской области почти треть из трехсот пятидесяти заболевших женщин подвергаются мастэктомии, что приводит не только к функциональным нарушениям, которые связаны с потерей органа или его части, но и к глубоким эмоциональным расстройствам, тормозящим процесс адаптации и ресоциализации [2].

Рак молочной железы даже в ряду других онкологических заболеваний отличается большой психологической травматичностью. Среди факторов, приводящих к стрессу и психосоциальной дезадаптации, выделяются специфика оперативных вмешательств при РМЖ, возможность рецидива заболевания, инвалидизация, проблемы, возникающие в микросоциальной среде больного. Особенностью переживаний нередко является смещение акцента с болезни на межличностные отношения: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных женщин первостепенное значение. Вследствие этого данное заболевание сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением. Кроме того, угрожающая метафора «рак» связана с поражением и часто утратой органа, имеющего большое значение для самооценки женщины и ее общего психоэмоционального состояния [1]. Как следствие этого отмечают частая невротизация больных РМЖ, снижение настроения и апатия, нарушение социально-психологической адаптации личности [5].

В практическом здравоохранении психологическому здоровью онкобольных женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, уделяется мало внимания, а исследования носят ситуативный, поисковый характер. Остаются открытыми вопросы о том, какие именно свойства интегральной индивидуальности обуславливают специфику эмоциональных реакций индивида и каковы наиболее общие тенденции этих отношений.

Совершенно не исследованы дополнительные трудности, возникающие в условиях малого города или населенного пункта у заболевших РМЖ женщин, которым приходится постоянно находиться в ситуации «у всех на виду», зачастую скрывать свой диагноз, испытывать дефицит информационной, психологической, социальной поддержки.

Указанные обстоятельства актуализируют необходимость разработки программ психологической поддержки, которые, во-первых, учитывали бы социально-психологический

контекст происходящего и, во-вторых, личностные особенности болеющих женщин. При решении данной задачи, на наш взгляд, следует обратить внимание на базовые характеристики, определяющие активность и динамику переживаний индивида – свойства темперамента. Дело в том, что именно они детерминируют активную и пассивную жизненную позицию, определяющую, в свою очередь, тактику психологического сопровождения лечения и реабилитации женщин с онкологическим анамнезом. Под активной жизненной позицией в отношении процесса лечения и выздоровления мы подразумеваем интернальность локуса контроля и связанное с ним расширение социальных связей, кооперацию с медиками, оптимистическое отношение к жизни, позитивный внутренний настрой на борьбу с заболеванием, в ряде случаев – сохранение работоспособности. Такие женщины верят в то, что удачи и неудачи определяются их собственными действиями и способностями решать проблемы, кроме того, они обнаруживают активную позицию по отношению к своему психическому и физическому здоровью. Пассивная жизненная позиция характеризуется экстернальным локусом контроля, нестабильностью эмоций и нивелированием эмоциональной сферы, неадекватностью оценки объективных ситуаций, высоким уровнем аутоагрессии, склонностью концентрироваться на своих проблемах, мнительностью, пассивностью, блокированием потребности в самореализации.

Методологической основой для разработки программ избрана концепция интегрального исследования индивидуальности В.С. Мерлина, которая позволила рассмотреть онкологического больного как биопсихосоциальную целостность. Эмпирической основой послужили данные психологических исследований 100 женщин в возрасте от 19 до 60 лет, страдающих онкологическими заболеваниями разной локализации, проведенные нами в 2006–2008 гг. в городах и населенных пунктах Калининградской области.

Выявлены достоверные различия в следующих характеристиках темперамента онкобольных женщин с активной и пассивной жизненной позицией: уровне эмоциональной возбудимости, психодинамической тревожности, активности волевой целенаправленной деятельности, преобладания активности над реактивностью, резистентности, общей интернальности, интернальности в отношении здоровья и болезни у женщин с активной и пассивной жизненной позицией. Оказалось, что большинство женщин с активной жизненной позицией имеют характеристики сильных типов темперамента, отличаются высокой резистентностью, активностью, интернальностью в отношении здоровья [4].

Дополнительная диагностика с помощью теста Ч. Спилбергера (в адаптации Ю. Ханина) и теста М. Люшера показала, что 75 % женщин, проживающих в условиях малого города, имеют достаточно высокий уровень тревожности, а в ряде случаев и сверхвысокий (25 %). У женщин из малого города наблюдались явные трудности выхода из состояния дезадаптации, вызванного болезнью. Страх перед изменением к ним отношения вследствие болезни приводил к тому, что многие скрывали свою болезнь, 47,3 % считали, что о болезни могут знать только самые близкие, 67,3 % боялись сообщить другим о своей болезни.

Полученные данные позволили разделить работу в группах психологической реабилитации женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, по четырем направлениям: 1) психологическая коррекция состояний всех пациенток в условиях стационара; 2) активная профессиональная психологическая поддержка пациенток с пассивной жизненной позицией в амбулаторных условиях; 3) психолого-педагогическая программа для организации соучастия и взаимодействия пациенток с активной жизненной позицией; 4) специальная программа психологической поддержки для женщин из малого города.

Соответственно были разработаны принципиально отличающиеся друг от друга программы психологического сопровождения. В основу программы психологической поддержки онкобольных женщин с сильными типами темперамента положены принцип активности и принцип деятельного соучастия пациента в процессе излечения, выздоровления и реабилитации.

Для женщин, недавно перенесших операцию по поводу РМЖ и занимающих пассивную жизненную позицию, была разработана и применялась программа активной психокоррекционной помощи. Психологическое сопровождение женщин в условиях стационара и имеющих слабый тип темперамента основывалось на том, что оценка опыта как позитивно-конструктивного в подобных ситуациях помогает справиться с критической ситуацией, так как избавляет от ощущения безысходности и беспомощности. Далекое не всегда человек может сделать это самостоятельно, поскольку сильно выраженные аффекты дезорганизуют мышление и деятельность, затрудняя или делая невозможной работу когнитивных механизмов адаптации, в этом случае необходимо задействовать ее социальные механизмы [3].

Программа для женщин с сильным типом темперамента основывалась на принципе партисипации (соучастия больного), отличалась ориентацией на использование собственного потенциала пациента, применением методов активизации деятельности личности для преодоления стрессовой ситуации и участием в помощи другим пациентам с аналогичным диагнозом.

В специальной программе психологического сопровождения пациенток в условиях малого города приняли участие 12 женщин в возрасте от 38 до 57 лет, перенесших операцию по поводу РМЖ и состоящих на диспансерном учете у онколога городской поликлиники. Длительность онкологического анамнеза составляла от трех до 12 лет (г. Черняховск Калининградской области).

Разработанная программа учитывала условия малого провинциального города. Ее уникальность заключается, во-первых, в том, что упор сделан на оптимизацию эмоционального состояния (настроения) женщин, перенесших операцию по поводу РМЖ; во-вторых, учтена специфика протекания процесса реабилитации в условиях малого города. Задачами программы являлись формирование информационного поля, оказание информационной и психологической поддержки женщинам, способствование формированию и совершенствованию навыков саморегуляции эмоционального состояния.

Соответственно программа включала несколько блоков:

- *теоретический* – создание информационной платформы для проведения встреч;
- *блок самостоятельной работы* – освоение навыков самоанализа;
- *практический блок* – освоение и закрепление навыков саморегуляции и оптимизации эмоционального состояния (настроения) в ходе тренингов.

Программа включала в себя 20 двухчасовых занятий, которые проводились дважды в месяц. По окончании программы вновь была проведена психодиагностика по вышеприведенным методикам. Выявлена достоверная положительная динамика в сторону оптимизации эмоционального состояния: показатели реактивной и личностной тревожности снизились до умеренного и низкого, снизился уровень личностной тревоги до умеренного (U-критерий = 275, при уровне достоверности  $p \leq 0,05$ ). В цветовых выборах также наметился сдвиг в сторону преобладания цветов спектра, характеризующих настроение как положительное (радостное, бодрое, веселое, приятное).

Результаты подтвердили, что на первых этапах амбулаторной реабилитации целесообразно проведение активной психокоррекционной работы.

В дальнейшем для психологической реабилитации женщин с РМЖ в городе Черняховске был создан филиал Калининградской региональной общественной организации женщин, перенесших операцию по поводу РМЖ «ВИТА». Организация осуществляет просветительскую работу (возможность получить ответы на юридические, медицинские, психологические и иные вопросы) и психологическую поддержку профессиональных психотерапевтов и психологов; организует и проводит профилактические, оздоровительные и досуговые мероприятия; готовит волонтеров для работы со здоровыми женщинами в целях профилактики РМЖ и с женщинами, у которых диагноз РМЖ только диагностирован; устанавливает и поддерживает контакты с подобными организациями в других странах и на территории России. Тем самым обеспечивается принцип партисипации в выздоровлении и психологической поддержке больных.

Таким образом, психологическое исследование подтвердило предположение о том, что на первом этапе психологического сопровождения женщин, перенесших операцию по поводу РМЖ, наиболее эффективно применение методов активной психологической коррекции. В дальнейшем программы психологической поддержки и сопровождения целесообразно дифференцировать в зависимости от личностных особенностей пациенток, их активной или пассивной жизненной позиции и особенностей социальной среды. Программы психологической реабилитации и коррекции состояний подобных пациенток в условиях малого города лишены анонимности, более эффективны при общественной поддержке и активном участии самих больных в помощи другим заболевшим женщинам.

#### Список литературы

1. *Марилова Т.Ю.* Некоторые психологические проблемы РМЖ: обзор // Невропатология и психиатрия. 1986.
2. *Психические нарушения у больных РМЖ и методы психотерапевтической коррекции* / В.Н. Герасименко, В.Д. Поньрин, Ю.В. Артюшенко, Л.Г. Купченко // Хирургия. 1999 №4.
3. *Симаева И.Н.* Психология адаптации субъекта к изменениям жизнедеятельности. Калининград: Изд-во РГУ им. Канта, 2005.

4. *Симаева И.Н., Ецина И.Г.* Свойства темперамента женщин, страдающих онкологическими заболеваниями // Вестник РГУ им. И. Канта. Сер. Пед. и психол. науки. Калининград, 2008. №11.
5. *Чулкова В.А.* Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. М., 2006.

#### **Об авторах**

И.Н. Симаева – д-р психол. наук, доц., РГУ им. И. Канта, [irina\\_simaeva@mail.ru](mailto:irina_simaeva@mail.ru).  
И.Г. Ецина – ст. преп., РГУ им. И. Канта, [ecinairina@mail.ru](mailto:ecinairina@mail.ru).

#### **About authors**

Dr. I. Simaeva, Professor, IKSUR, [irina\\_simaeva@mail.ru](mailto:irina_simaeva@mail.ru).  
I. Yetsina, Assistant Professor, IKSUR, [ecinairina@mail.ru](mailto:ecinairina@mail.ru).