СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Анализ литературы по проблеме различий психологических ценностей у контингента здоровых и людей с онкозаболеваниями

1.1 Теоретические аспекты проблемы психологического аспекта онкологического заболевания

.2 Психологические особенности людей с онкологией

.3 Психологические ценности

Глава 2. Исследование ценностных ориентаций больных РМЖ, на примере из литературных источников

Заключение

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования, заключается в том, что в последние десятилетия в мире резко возросло количество людей страдающих онкологическими заболеваниями. Особый интерес вызывают данные по раку молочной железы (РМЖ). В структуре заболеваемости и смертности женского населения он устойчиво занимает лидирующие позиции. В мире ежегодно регистрируется более 1 млн случаев данного заболевания и погибают от него около 250 тыс. женщин [21].

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. Так как постановка диагноза - тяжелейший стресс для человека любого возраста. Особенно если это - рак молочной железы (РМЖ), являющийся наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием у женщин в России [14]. Неясность этиологии, возможный летальный исход, сложность лечения и не всегда успешность его, а также влияние известия о заболевании на родственников и друзей - все это сильно воздействует на психологическое и психическое состояние больного [8].

РМЖ действует на психику как бы двусторонне. С одной стороны, диагноз, традиционно причисляемый к группе неизлечимых, и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму [3]. С другой стороны, необходимость подвергнуться калечащей операции, утрата женственности и красоты, способствующие изменению отношений с людьми, вызывает тяжелейший стресс у женщины любого возраста. Однако, величина стресса от диагноза определяется неоднозначно: во-первых, значением, которое ему придается, а во-вторых, теми правилами, которые выработались в процессе жизни и, которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации [19]. Поэтому и отношение к болезни будет неоднозначно, для кого-то рак выступит вызовом и стимулом и изменению, а для кого-то - приговором.

Однако, несмотря на различия в реагировании на болезнь, существуют общие для всех, стадии принятия болезни, продолжительность протекания и интенсивность которых зависит от индивидуальных особенностей личности. Итак, выделяют стадии шока, отрицания, злости, сделки, депрессии и принятия. Эти состояния характеризуются следующими обстоятельствами: человек оказывается в ситуации «…невозможности жить, реализовывать внутренние необходимости своей жизни» (Василюк Ф.Е., 2004). Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего». Изменение обстановки, связанной с лечением, приводит к беспокойству, тревоге, неуверенности, депрессии и обусловливает истощение нервной и иммунной системы, снижение адаптивных возможностей, что в конечном итоге отражается на эффективности лечения и качестве жизни пациентов [17]. психологический рак онкологический

Параллельно с этими состояниями, больным приходится столкнуться с еще одним фактором, способствующему изменению личности, а именно с проживанием экзистенциального кризиса, связанного с темой смерти. Эта тема предельно актуальна для каждого из живущих. Отношение к смерти формируется у человека в течение всей жизни. На это оказывает влияние его физическое и психическое состояние, окружение, род его деятельности и выбранные в жизни ценности и приоритеты. Осмысление смерти ведет и к более осмысленному подходу к жизни. Ведь именно смерть, как ничто иное, показывает ценность жизни [9,15,18]. И как результат у больных изменяется вся система ценностей.

Недооценка важности внутреннего мира самой больной, ее личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению, к будущему не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления ее последствий.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ РАЗЛИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ У КОНТИНГЕНТА ЗДОРОВЫХ И ЛЮДЕЙ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ

.1 Теоретические аспекты проблемы психологического аспекта онкологического заболевания

Онкологические заболевания - это те или иные злокачественные опухоли, возникающие из клеток эпителия, в органах и тканях организма. Эпителиальные клетки обладают способностью быстрого деления и размножения. Онкологические заболевания развиваются при перерождении обычных клеток в опухолевые [22]. Причины онкологических заболеваний многочисленны и разнообразны. Так выделяют:

. Генетические причины. Итальянские ученые обнаружили ген, способствующий развитию меланомы, а британцы Питер Коллинз и его коллеги из Кембриджского университета выявили генетическую аномалию (слияние двух генов в один), которая наблюдалась у 60% детей, страдавших одной из разновидностей опухоли мозга [6].

. Образ жизни. Согласно исследованию, проведенному доктором Манами Инуэ из Национального ракового центра в Токио, люди, ведущие активный, подвижный образ жизни, реже болеют раком. По мнению ученных, это связано с тем, что физические упражнения позволяют поддерживать нормальный вес, а это, в свою очередь, уменьшает риск развития рака желудка, толстой кишки, печени и поджелудочной железы [7].

. Неправильное питание. Например, при употреблении большого количества сахара: печень перерабатывает его в липиды, а большое количество липидов снижает выработку белка SHBG (глобулина, который контролирует количество в крови гормонов тестостерона и эстрогена). Если содержание половых гормонов в крови резко возрастет, это может привести к поликистозу яичников и раку матки у женщин [21].

. Индустрия красоты. Гормональные препараты, имплантаты. Онкологи из Института рака в Амстердаме на основании статистических данных сделали вывод, что наличие грудных имплантатов в 18 раз повышает риск развития Т-клеточной лимфомы [4]. По мнению врачей, силикон обладает токсичными свойствами и вредит работе иммунной системы, что ослабляет клеточную защиту, отсюда и злокачественные опухоли.

. Экология. Плохая экологическая обстановка способствует тому, что организм подвергается воздействию вредных веществ, которые начинают влиять на работу клеток. Поэтому в экологически загрязненных районах, как правило, процент онкологических заболеваний превышает норму.

. Стрессы. Непосредственная связь между состоянием нервной системы и развитием онкологии пока не доказана, но статистика утверждает, что среди людей, переживших серьезную стрессовую ситуацию, встречается достаточно большой процент онкологических больных [6]. Некоторые специалисты даже считают, что именно стрессы являются основной причиной раковых заболеваний.

. Психологические факторы многообразны и не до конца изучены. К ним относятся и детско-родительские отношения, и личностные особенности, и характер, темперамент и т.д.

Так в семьях, у людей с онкологией, чаще всего отсутствуют доверительные, близкие отношения с родителями или, наоборот, в свое время были созданы слишком близкие, зависимые отношения. Ряд отечественных исследователей отмечают наличие в их семьях доминирующей, авторитарной матери. Такие пациенты долго сохраняют психологическую зависимость от значимого родителя, т.е. прослеживается сильная эмоциональная и психологическая связь со значимым родителем.

Незадолго (от 1года до 3 лет) до возникновения заболевания многие онкологические больные утратили значимые для них эмоциональные связи, т.е. потеряли психологическую опору в жизни. Большинство исследуемых пациентов относится к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-либо объектом или функциональной ролью, а не развивать собственную индивидуальность и самодостаточность. Это не обязательно человек, а, например, работа, карьера, научные исследования, служение семье [13]. Такие люди очень терпеливы в жизни, они ставят цели, связанные с самопожертвованием, собственные потребности чаще всего вытесняются. Поэтому потеря значимого объекта становится для них непереносимой травмой и постепенно приводит к психологической дезадаптации.

Типичная реакция онкологического больного на житейские проблемы (потерю близких, стресс) заключается в ощущении своей беспомощности и отказе от борьбы - фиксации на препятствии и неверие в благополучный исход. 1966 году А. Грин опубликовал свои 15-летние наблюдения за больными с лейкемией. Основной вывод Грина, «что лейкемия и онкологические заболевания лимфатических узлов обычно развиваются в тех случаях, когда пациент сталкивается подряд с несколькими утратами, приводящими его в психологическое состояние подавленности, отчаяния и безнадежности».

Столкновение в жизни с травмирующим событием, горем или стрессом, отчаяние раковых больных не имеет выхода. Они переживают его «в себе», накапливая свою боль, гнев или враждебность [10]. Их характеризует неспособность открыто выражать агрессивные чувства и внутренний запрет на демонстрацию эмоций. Подавление реакций и чувств, которые могут обидеть окружающих, а также избегание конфликтов приводит к внешне видимой «приятной» наружности. Можно также проследить сильную приверженность этих людей к доминирующим социальным нормам. Четко прослеживается желание соответствовать обществу. Этим людям сложно активно противостоять каким-либо социальным требованиям и отстаивать свои позиции и потребности.

У онкологических больных прослеживается склонность к пессимистической оценке жизненных событий. Длительные дисфории или склонность к депрессивным реакциям, сопровождаются чувством безнадежности и потерей интереса к жизни.

Часто раковые больные стремятся к сохранению привычных ситуаций и поведенческих стереотипов. Это может говорить о повышенном уровне ригидности, отсутствии спонтанности и психологической гибкости, а так же небольшом психологическом ресурсе. Не только в стрессовых, но и обычных жизненных ситуациях такие пациенты не склонны к анализу причинно-следственных связей. Они удовлетворяются внешними, формальными проявлениями.

Очень часто раковые пациенты занимают позицию «все зависит от внешних обстоятельств, я ничего не решаю и ничего не могу сделать». Это симптоматика идентификации себя с подростком.

У онкобольных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны. Такие больные с большим трудом расслабляются, так как для многих из них характерен высокий уровень тревожности. Он препятствует релаксации и восстановлению психологических ресурсов [12].

Каждый больной сам определяет позицию по отношению к болезни. Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Величина стресса от диагноза определяется: во-первых, значением, которое ему придается, а во-вторых, теми правилами, которые выработались в процессе жизни и, которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

Поскольку эмоциональные состояния могут содействовать появлению болезни, они точно так же могут влиять и на сохранение здоровья. Признавая свое содействие возникновению болезни, пациенты одновременно признают, что в их силах содействовать выздоровлению, делая тем самым первый шаг к нему.

В людях живет такой сильный страх перед раком, что как только они узнают, что у них болезнь онкологического характера, очень часто это становится главной характеристикой таких людей. Человек может выполнять в жизни огромное число ролей: быть родителем, начальником, возлюбленным, может обладать какими угодно качествами - умом, обаянием, чувством юмора, но с этой минуты он становится «раковым больным». Вся его человеческая сущность вдруг заменяется одним - болезнью. Все окружающие, часто включая и лечащего врача, замечают только одно - физический факт онкологического заболевания, и все лечение адресуется исключительно телу человека, но не его личности [1].

Болезнь - это не чисто физическая проблема, это проблема всей личности человека, состоящей не только из его тела, но разума и эмоций. Эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, включая рак, так и в избавлении от них. Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия, способствующие образованию атипичных клеток.

Только, рак влияет не только на соматическое здоровье, но и на психическое. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в, двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства [5,11,17]. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития, так называемого, психоэндокринного снмптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (А.В.Гнездилов). Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера.

В последние десятилетия активно изучаются феномены психологической и соматической направленности, наблюдаемые у онкологических больных на разных этапах заболевания, в рамках новых и молодых междисциплинарных наук - психоонкологии и онкопсихологии. При этом в настоящий момент у специалистов и пациентов складывается более четкое представление и понимание того, что рак это болезнь не просто какого-либо конкретного органа, а болезнь всего организма [18]. Эта болезнь строго индивидуальна у каждого человека, её возникновение и развитие зависит от состояния его психики, от образа жизни, питания, условий среды в которой он обитает и даже мыслей, а также реакции человека на все это. Существует одно из представлений, что рак может являться и психосоматозом, то есть заболеванием, появление которого в организме очень сильно связано с психологическим состоянием заболевшего. При этом помимо традиционного медицинского лечения психотерапевтическое лечение может выступать в качестве вспомогательного поддерживающего метода, помогающего активизировать психологические ресурсы больного и направить их на борьбу с болезнью.

.2 Психологические особенности людей с онкологией

Традиционно онкологическая патология относится к сфере одной из наиболее психотравмирующих. Н.А. Русина отмечает: «Рак - это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство». Неясность этиологии, возможный летальный исход, сложность лечения и не всегда успешность его, влияние известия о заболевании на родственников и друзей - все это сильно воздействует на психологическое состояние больного [8].

Сложность диагностирования болезни на первых этапах, связана с размытостью симптомов. Чаще это нарушение сна и аппетита, усталость и вялость. В начале люди пытаются объяснить их возникновение случайными причинами. Далее, если появляется подозрение об истинной причине, больные могут реагировать следующими способами:

«Уход в себя», самоанализ, попытка осознать ситуацию. К врачу обращаются, только по наставлению родственников.

Паническая реакция и обращение к врачам.

После постановки диагноза, также можно увидеть два типа реакций: депрессивную - сниженный фон настроения, страхи и т.д.; другой тип - поддержание иллюзии нормальности, больные не показывают свои эмоции, однако за этой маской может скрываться целый ряд тяжелых психических реакций [].

Для онкологических больных характерно частое консультирование у разных врачей, причем с утаиванием информации о ранее поставленном диагнозе. Это связанно с желанием услышать, что те врачи ошибались.

На форуме по онкологии, в сообщении, был приведен пример своего «метода успокоения». Он включает в себя: 1 - «убеждаю себя, что могла быть ошибка в диагностике (а врачи действуют по принципу: лучше перестраховаться)», 2 - поиск скрытого смысла в словах врачей и медперсонала, об уникальности болезни и, главное ее излечимости []. Такое поведение характерно для многих больных. Личность не хочет меняться и подстраиваться под ситуацию, она стремится к неизменности, сохранности контроля [8].

Для понимания особенностей психологических реакций на заболевание врач общей практики должен также знать индивидуальные и типологические особенности больных [16]:

Синтонные пациенты, отличающиеся эмоциональной открытостью, жизнерадостностью, легче адаптируются к травмирующей ситуации. Для них очень важно установить открытые, доверительные отношения с врачом, они легко идут на сотрудничество.

Пациенты с циклотимным характером эмоционального реагирования в психотравмирующей ситуации характеризуются сменой настроения, легко впадают в депрессию. В работе с ними рекомендуется делать акцент на мобилизацию положительных эмоций, организацию досуга и доступных развлечений.

Пациенты шизоидного типа, демонстрирующие эмоциональную недостаточность, преобладание интеллектуальных интересов, замкнутость, вплоть до аутизации, в меньшей степени нуждаются в общении. Важно правильно организовать доступные развлечения - чтение, занятие интересующим их творчеством.

У пациентов возбудимого типа, плохо контролирующих аффект и вступающих в конфликты с врачом и близкими, важно не провоцировать такие реакции, а в случае их возникновения спокойно реагировать на эмоции.

Пациентов с истероидными чертами можно мобилизовать акцентированием их «выдающихся» качеств. Не следует вступать с ними в конфронтацию, опровергая их «исключительность», нужно умело использовать их желание быть в центре внимания.

Тревожно-мнительные пациенты, легко впадающие в панику, склонны к истощению и депрессии и нуждаются в особо бережном отношении. Для снятия тревоги здесь также требуется организация доступной деятельности.

Необходимо учитывать и типы психических компенсаторных реакций, характерных для онкологических больных [22]:

отрицание, вытеснение информации о наличии онкологического заболевания доминирует у истероидных лиц;

неопределенную установку по отношению к диагнозу с полной покорностью судьбе, врачу демонстрируют тревожно-мнительные лица;

частичное признание диагноза характерно для шизоидов;

реалистичное отношение характерно для синтонных пациентов - принятие факта онкологического заболевания происходит с установкой на активное лечение с верой в выздоровление.

В результате осознания человеком того, что он болен, у него формируется специфическое отношение, которое в литературе называется «внутренняя картина болезни» (ВКБ) или тип отношения к болезни.

Лурия выделил следующие типы ВКБ [12]:

Гармоничный - трезвая оценка своего состояния, со стремлением вылечиться. Такие люди выполняют все предписанное, не жалуются окружающим.

Тревожный - присутствует постоянная тревога. Больные ищет больше информации о вероятных осложнениях. Больше верят данным обследований, чем внутренним ощущениям.

Ипохондрический - человек полностью сосредоточен на субъективно переживаемых, болезненных ощущениях. Постоянно рассказывают о них окружающим, преувеличивают вредное воздействие лекарств. Наблюдается сочетание желания лечиться и неверие в успех.

Меланхолический - фон настроения депрессивный, неверие в выздоровление. Больной ищет признаки ухудшения состояния.

Апатический - полное безразличие к болезни и судьбе, потеря интереса к жизни.

Неврастенический - вспышки раздражения, гнева, может сопровождаться последующим расскаиванием.

Обсессивно-фобический - наблюдается тревога по поводу последствий болезни на жизнь. Часто обращаются к нетрадиционной медицине.

Сензитивный - беспокоятся о том, какое впечатление производит болезнь на окружающих. Боятся стать «обузой» для окружающих, поэтому могут скрывать симптоматику.

Эгоцентрический - уход в болезнь, страдания выставляются на показ с целью привлечения внимания.

Эйфорический - легкомысленное отношение, пренебрежение лечением. Повышенное, нередко наигранное, веселое настроение.

Анозогнозический - активное «отбрасывание» мыслей о болезни. Отказ от лечения и обследования. Человек не принимает саму мысль, что может заболеть.

Эргопатический - уход от болезни в работу, с большей затратой сил, чем до болезни.

Паранойяльный - отмечается подозрительность к лекарствам и лечению. Обвинение врачей в некомпетентности, и в умышленном вредительстве. Семья мало уделяет внимания.

В каждом человеке может сочетаться несколько типов ВКБ, в зависимости от тяжести симптомов, психологического и психического состояния, а также существуют смешанные типы. Но, несмотря на различия в отношении к болезни, существуют проявления общие для всех людей.

В своих исследованиях, психологи выделили основные психологические проблемы, возникающие у больных раком:

«дамоклов синдром», характеризующийся чувством неопределенности в отношении собственного здоровья и опасений рецидива;

«синдром Лазаря» - сложности для пациента, связанные с обычным отношением к нему после возвращения в мир здоровых и активных людей;

«остаточный стрессовый синдром» - т.е. остаточная тревожность - чувство тревоги, вызванное тем, что в прошлом пациент переболел раком.

Эти последствия являются обычными для пациентов. Можно сказать, что по аналогии с физическим шрамом после операции, у больных образуется «психический шрам» вследствие перенесенного ими опыта заболевания раком [17].

Однако, несмотря на различия в реагировании на болезнь, существуют общие для всех стадии принятия болезни, продолжительность протекания и их интенсивность зависит от индивидуальных особенностей личности.

Ученные выделяют следующие стадии принятия диагноза:

Шок. Эмоциональная шоковая реакция внешне выражается в тревоге, страхе, депрессии или желании смерти.

Отрицание. Включаются механизмы психологической защиты своего Я. Больной отрицает заболевание, уверяя себя и близких, что «все пройдет». Своим поведением он призывает окружающих принять его позицию, избавив свое сознание от необходимости принять и оценить болезнь. Он как бы забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось. Стадия отрицания может протекать достаточно длительно, у некоторых пациентов - до конца заболевания.

Злость. Как только человек начинает смотреть в лицо реальности, и понимает, что рак теперь действительно часть его жизни. Реальность частично осознана, наступает новая волна аффекта. Часто наблюдается направленное на других реагирование с обвинениями в адрес медицинского персонала, что защищает пациента от внутреннего конфликта и самообвинительных реакций. В некоторых случаях возникают паранойяльные идеи магического воздействия окружающих, «околдовывания», «порчи». Не исключен суицид. В этот период возможен категорический отказ больного от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом.

Сделка. На этой стадии человек пытается смириться с ситуацией, заключив сделку - с Богом, с высшими силами, с самим собой. Принцип здесь такой: если я буду хорошо себя вести, все станет как раньше. Часто на этой стадии, человек обращается к различным шарлатанским методам лечения или ищет способ как можно «излечиться».

Депрессия. На этой стадии происходит развертывание классической клинической картины реактивной депрессии. Пациент постоянно пребывает в мрачном настроении, стремится к одиночеству. Он уже ничему не сопротивляется, становится апатичным, вялым и безразличным (демонстрирует полное отсутствие интереса к семье и близким, вплоть до безразличия к собственным детям). Характерно наличие иллюзорных переживаний - вещих сновидений и предчувствий, не исключена возможность суицида. Этот период может быть очень длительным.

Принятие и переоценка. Принятие и смирение - это разные понятия, принять - значит осознать всю важность и сложность болезни и начать адекватное лечение. Переоценка же происходит на многих уровнях и включает в себя изменение смысложизненных ценностей. Примирение с судьбой, ориентация на сиюминутную жизнь. Меняется восприятие больным временных интервалов. Течение времени как бы замедляется, поскольку оно оценивается пациентом как очень значимое. Часто в размышлениях больного доминируют религиозные представления, вера в бессмертие. Нередко в этой стадии люди испытывают особое ощущение свободы. Некоторые говорят о том, что всю жизнь прожили с ощущением страха смерти, а сейчас, когда очевидна ее скорая неизбежность, этот страх исчез.

Изменение отношения к смерти заставляет пациента изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть - это часть жизни. Это связано с тем, что в заболевания у пациента нарушаются главные социальные связи (семейные, рабочие, досуг). Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегии и тактики поведения, с которыми он должен разобраться за короткий срок. Формирование новых личностных смыслов (новой системы ценностей, целей, потребностей) при онкологических заболеваниях происходит гораздо быстрее, чем при любых других, но очень болезненно. Нередко пациент к этому просто не готов и оказывается в полной растерянности.

Для улучшения качества жизни онкологического больного очень важно попытаться хотя бы частично восстановить социальные связи или компенсировать их другими. Если пациент до заболевания исполнял роль главы семьи, следует посоветовать родным не ограждать его от решения обыденных семейных проблем, а, наоборот, чаще обращаться к нему за советами, даже в тех вопросах, которые можно было бы решить самостоятельно. В случае невозможности восстановления имевшихся ранее социальных связей необходимо переключить его на социально значимые цели, например, передача жизненного опыта близким, общение с детьми и внуками, помощь им в учебе, занятия живописью, сочинение стихов, рукоделие, резьба по дереву, составление родословной для детей и внуков. Для больного важно максимально расширить его круг общения [6,11].

Через переосмысление жизни и формирование новых жизненных ценностей возникает состояние мудрости и некой отстраненности. За короткий срок пациент может перейти на новую ступень в духовном развитии. Со стороны это выглядит так, как будто он становится намного старше и опытнее, постигает истину. Итогом являются терпимость и смирение. Верующие люди или обретшие веру в период болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее.

.3 Психологические ценности

Ценность - один из компонентов психологической структуры личности. Она характеризует сферу действительности, наиболее значимую для субъекта, определяет содержательные особенности других компонентов психологической структуры личности, особенности ее развития [20].

Понятие "ценность" пришло в психологию из философии (аксиологии) и социологии. Ценности возникают и рассматриваются в отношениях человека к окружающему миру, к другим людям. Личность смотрит на мир через призму своих ценностей, выражая пристрастное к нему отношение.

Многообразие потребностей и интересов личности и общества выражается в сложной системе ценностей, которые классифицируются по разным основаниям. По содержанию различаются ценности, соответствующие подсистемам общества: материальные (экономические), политические, социальные и духовные. Материальные ценности включают производственно-потребительские (утилитарные) ценности, связанные с отношениями собственности, быта и т.п. Духовные ценности включают нравственные, познавательные, эстетические, религиозные и другие идеи, представления, знания.

В истории исследования ценностей было предложено множество различных классификаций ценностей, исходя из различных оснований [15]. Приведем примеры этих классификаций:

. А. Маслоу. Основание - уровень личностного бытия:

) ценности бытия (или «ценности развития») - высшие ценности, присущие самоактуализирующимся людям (истина; добро, красота, справедливость и др.)

) дефициентные ценности (или «регрессионные») - низшие ценности, ориентированные на удовлетворение, какой-либо фрустрированной, потребности (мир, покой, сон, зависимость, безопасность и т. д.).

. Д.А. Леонтьев. Основание - «блоки» терминальных и инструментальных ценностей:. Терминальные ценности:

) конкретные жизненные ценности (здоровье, работа, друзья, семейная жизнь) и абстрактные ценности (познание, развитие, свобода, творчество);

) ценности профессиональной самореализации (интересная работа, продуктивная жизнь, творчество, активная деятельная жизнь) и ценности личной жизни (здоровье, любовь, наличие друзей, развлечения, семейная жизнь);

) индивидуальные ценности (здоровье, творчество, свобода, активная деятельная жизнь, развлечения, уверенность в себе, материально обеспеченная жизнь) и ценности межличностных отношений (наличие друзей, счастливая семейная жизнь, счастье других);

) активные ценности (свобода, активная деятельная жизнь, продуктивная жизнь, интересная работа) и пассивные ценности (красота природы и искусства, уверенность в себе, познание, жизненная мудрость). . Инструментальные ценности

) этические ценности (честность, непримиримость к недостаткам) - ценности межличностного общения (воспитанность, жизнерадостность, чуткость) - ценности профессиональной самореализации (ответственность, эффективность в делах, твёрдая воля, исполнительность);

) индивидуалистические ценности (высокие запросы, независимость, твёрдая воля) - конформистские ценности (исполнительность, самоконтроль, ответственность) - альтруистические ценности (терпимость, чуткость, широта взглядов);

) ценности самоутверждения (высокие запросы, независимость, непримиримость, смелость, твёрдая воля) - ценности принятия других (терпимость, чуткость, широта взглядов);

) интеллектуальные ценности (образованность, рационализм, самоконтроль) - ценности непосредственно-эмоционального мироощущения (жизнерадостность, честность, чуткость).

Однако все классификации можно разделить по трем основаниям, а именно взглядом на ценность: ценность как значимость, ценность как выбор и ценность как феномен, характеризующийся определенными признаками.

Ценности имеют конкретно-исторический характер, они соответствуют тому или иному этапу развития общества либо относятся к различным демографическим группам, а также профессиональным, классовым, религиозным, политическим и иным объединениям. Неоднородность социальной структуры общества порождает неоднородность и даже противоречивость ценностей и ценностных ориентации. В этом смысле ценности выступают как предметная форма существования социальных отношений.

По форме бытия различаются предметные и идеальные (духовные) ценности. Предметные ценности - это естественные блага, потребительная стоимость продуктов труда, социальные блага, содержащиеся в общественных явлениях, исторические события, культурное наследие, моральное добро, эстетические явления, отвечающие критериям красоты, предметы религиозного культа или воплощенные в знаковой форме религиозные идеи. Эти ценности существуют в мире конкретных вещей, явлений, функционирующих в жизнедеятельности людей [2]. Главной сферой предметных ценностей выступают продукты целесообразной деятельности человека, воплощающей представления личности и общества о совершенстве. В качестве предметно воплощенной ценности может выступать как результат деятельности, так и сама деятельность. Предметные ценности предстают как объекты потребностей и интересов человека.

К духовным ценностям относят общественные идеалы, установки и оценки, нормативы и запреты, цели и проекты, эталоны и стандарты, принципы действия, выраженные в форме нормативных представлений о благе, добре, зле, прекрасном и безобразном, справедливом и несправедливом, правомерном и неправомерном, о смысле истории и предназначении человека. Ценности сознания выступают и как самостоятельная сфера ценностей, и как основание, критерий оценки предметных ценностей. Идеальная форма бытия ценностей реализуется либо в виде осознаваемых представлений о совершенстве, должном и необходимом, либо в виде неосознаваемых влечений, предпочтений, желаний, стремлений [20].

Духовные ценности неоднородны по содержанию, функциям и характеру требований к их реализации. Существует целый класс предписаний, программирующих цели и способы деятельности - это стандарты, правила, каноны. Более гибкие, предоставляющие достаточную свободу в реализации ценности - это нормы, вкусы, идеалы.

По субъекту - носителю ценностного отношения - различаются ценности надиндивидуальные (групповые, национальные, классовые, общечеловеческие) и субъективно-личностные. Личностные ценности формируются в процессе воспитания и образования, накопления жизненного опыта индивида. Надиндивидуальные ценности - это результат развития общества и культуры. Те и другие ценности неразрывно связаны между собой.

Ценности определяются потребностями и интересами личности и общества, поэтому они имеют сложную структуру, особую иерархию. В ее основании лежат фундаментальные блага, необходимые для жизни человека как живого существа (природные богатства, материальные условия жизни) и высшие ценности, зависящие от социальной сущности человека, его духовной природы. Первая группа - это утилитарные ценности, они определяются внешней, внеположной человеку целью. Практическая, утилитарная ценность есть ценность средства, так как полезность вещи определяется той задачей, которой она призвана служить. Выполнив свою задачу, эта вещь в качестве ценности умирает. Вторая группа - духовные ценности. Они имеют внутреннее основание [9]. Духовная ценность имеет самодостаточный характер и не нуждается в лежащих вне ее мотивах. Утилитарные прагматические ценности определяют цели деятельности, духовные ценности - смысл человеческой деятельности.

Теоретический и эмпирический материалы позволяют выделить следующие ключевые моменты в исследовании ценностей и ценностных ориентаций.

. Традиционно употребляются два термина - «ценности» и «ценностные ориентации». Ценности существуют в культуре и являются образующими социальной жизни общества. Некоторые ценности принимаются человеком и становятся его личными ценностями. Ценностные ориентации, в свою очередь, выражают субъективное отношение к тем или иным ценностям, то есть отражают направленность личности на те, или иные цели.

Некоторые авторы придерживаются точки зрения, согласно которой «ценности» и «ценностные ориентации» являются взаимозаменяемыми [7].

. Ценностные ориентации являются интегральным образованием и определяют отношение человека к миру и себе [2,8,11,14]. Ценность является единственной мерой сопоставления мотивов и служит основой для выбора [4].

. Ценности имеют когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты [17].

. Можно выделить 4 вида ценностных ориентаций (диспозиционная концепция В. Я. Ядова) [8]: ценности-идеалы - «я хочу», ценности-нормы - «я должен», ценности-цели - «то, к чему стремлюсь» и ценности-средства - «то, как достигаю» - поведенческий уровень.

. В основе ценностей лежат биологические и социальные потребности. При вхождении в социальное пространство, культуру человек вынужден адаптироваться к требованиям среды и в зависимости от нее изменять свою систему ценностей [1].

. В различные моменты жизни человека и общества на первый план выходят разные ценности. Жизненный путь человека подразумевает пере-оценку ценностей, что обычно сопровождается кризисом, приводящим к перестройке отношений человека с миром [5, 8, 10].

. Ценности образуют определенную структуру [8, 11, 17]. Почти все существующие классификации указывают на сложные взаимосвязи между ценностями в структуре личности

Существуют разные определения ценностных ориентаций. Hапример, согласно В.Б. Ольшанскому (1966), это устремление личности или группы к различным формам социальной значимости. По мнению же А.Г. Здравомыслова и В.А. Ядова (1966), ценностные ориентации нужно рассматривать как «относительно устойчивое, социально обусловленное отношение человека к совокупности материальных и духовных благ и идеалов, которые рассматриваются как предметы, цели и средства для удовлетворения потребностей жизнедеятельности личности». А И.А. Сурина (1996) полагает, что «ценностные ориентации - это оценочное отношение личности или группы к совокупности материальных и духовных благ, которые понимаются как предмет (или его свойства), цели и средства для удовлетворения потребности личности (группы)».

Так как ценности характеризую личность в обществе, и формируются в процессе социализации, то и изменятся они могут под воздействием внешних (диагноз, госпитализация, болезнь и т.д.) и внутренних (ВКБ) факторов.

Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего». Изменение обстановки, связанной с лечением, приводит к беспокойству, тревоге, неуверенности, депрессии и обусловливает истощение нервной и иммунной системы, снижение адаптивных возможностей, что в конечном итоге отражается на эффективности лечения и качестве жизни пациентов.

Немаловажным фактором является и то, что больные онкологическими заболеваниями сталкиваются с проблемой проживания экзистенциального кризиса, связанного с темой смерти. Эта тема предельно актуальна для каждого из живущих. Отношение к смерти формируется у человека в течение всей жизни. На это оказывает влияние его физическое и психическое состояние, окружение, род его деятельности и выбранные в жизни ценности и приоритеты. Осмысление смерти ведет и к более осмысленному подходу к жизни. Ведь именно смерть, как ничто иное, показывает ценность жизни. И как результат у больных изменяется вся система ценностей.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БОЛЬНЫХ РМЖ, НА ПРИМЕРЕ ИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Для исследования различий психологических ценностей у здоровых и людей раком молочной железы была использована методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича. Основана на прямом ранжировании списка ценностей. Представлены два класса ценностей: терминальные и инструментальные.

Проведено обследование 150 женщин в возрасте от 21 до 85 лет с верифицированным диагнозом РМЖ, которые проходили лечение и наблюдались после его завершения в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 2003 по 2006 г. Образование больных было не ниже среднего, что свидетельствует об адекватном восприятии больными материалов тестов [13].

В контрольную группу вошли 50 женщин, не имеющие в анамнезе онкологических и психиатрических заболеваний, а также не предъявляющие жалобы на состояние здоровья на момент обследования. Проводилось в отдаленном периоде (через 12-15 месяцев после завершения лечения).

Полученные результаты отображены на рисунке 1 и 2.



Рис. 1. Распределение терминальных ценностей у женщин при поступлении и в отдаленном периоде, \* - достоверные отличия (р<0,05).

Из диаграммы видно, что при поступлении ведущими являются общечеловеческие ценности личного счастья: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь, интересная работа. «Здоровье» находится на вершине иерархии, это может объясняться тем, что для любой женщины важным является ее самочувствие и состояние организма.

Высоким статусом во всех группах обладает ценность «счастливая семейная жизнь», которая в сочетании с высокими показателями по ценности «любовь». Более значимыми они являются для женщин, страдающих раком молочной железы, что, скорее всего, связанно с возможной потерей женственности и привлекательности, что может повлечь за собой ухудшение семейных отношений.

Низкий уровень наблюдается у следующих ценностей: общественное признание, познание, развитие, развлечения, свобода творчество, счастье других. Это связано с особенностью роли женщины в обществе, ее видение смысла жизни не в карьерных успехах, а в материнстве.



Рис. 2. Распределение инструментальных ценностей у женщин при поступлении и в отдаленном периоде. \* - достоверные отличия (р<0,05).

В инструментальных ценностях отмечаются следующие особенности, в частности смещение ведущих ценностей. При поступлении высокие показатели были по шкалам: ответственность, образованность, воспитанность, аккуратность, чуткость. А низкие: непримиримость к недостаткам, высокие запросы, твердая воля. При последующем тестировании были выявлены интересные закономерности. Теперь лидирующими стали терпимость, широта взглядов, жизнерадостность, а так же рационализм и твердая воля. Можно сделать вывод, что со временем женщины учатся жить сегодняшним днем, меньше думать о несущественных проблемах. Наблюдается тенденция в более легком отношении к жизни, возможно, это связано с проживанием экзистенциального кризиса, связанного с темой смерти.

С помощью t-критерия Стьюдента, автор выявил следующие значимые различия между группами женщин с РМЖ и контрольной группой:

. Ценности «Счастливая семейная жизнь» и «Любовь» значимее для женщин с РМЖ, (р < 0,05).

. «Воспитанность» и «Чуткость», также более значимы для женщин с раком, (р < 0,001).

. «Самоконтроль» - актуальнее для здоровых женщин, (р < 0,05).

Вероятно, это связано с переосмыслением жизни, снятием контроля над ситуацией, что подтверждено третьим пунктом.

Так же были выявлены значимые различия между в абсолютных значениях показателей на этапе поступления и в отдаленном периоде (р < 0,05) по шкале «Здоровье».

Высоким статусом у женщин, перенесших онкологическое заболевание, пользуются духовные ценности: «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «развитие», «уверенность в себе», «любовь», «наличие верных друзей», что достоверно отличает их как от этапа поступления, так и от здоровых женщин (р<0,05).

Изучение системы ценностей личности больных раком молочной железы показало их значительную перестройку в отдаленном периоде и выявило специфические закономерности изменений ценностных ориентаций личности в кризисной ситуации - ситуации онкологического заболевания. В большей степени подвержены изменению терминальные ценности, чем инструментальные. Существенно перестраивается высший уровень иерархии ценностей - жизненные цели личности. При этом ценности, которые отмечались больными как менее значимые («независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы»), практически не изменяются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог по анализу теоретических аспектов проблемы, можно сделать вывод, что изучение психологических особенностей онкологических больных - актуально, потому что в настоящее время в мире резко возросло количество людей страдающих этими заболеваниями. Так же нельзя не учитывать сложность симптоматики и радикальность лечения, что в свою очередь сильно влияет на психологическое и психическое здоровье больных.

Рак - это не только медицинская проблема, но и психологическое. Точной причины возникновения онкологии еще не выявлено, однако существуют различные теории. Это и генетическая, и средовая, и т.д. Но больший интерес вызывает предположение о психологическом происхождении болезни. Ведущую роль в возникновении отдают стрессу.

Так же, учеными были выявлены различные особенности преморбита личности. Они включают в себя и отношения с матерью, и личностные особенности, и коммуникативные направленности и др.

Особое внимание в литературе уделяется тому, как человек реагирует на известие о диагнозе. Так выделяют несколько стадий реагирования, которые проживает каждый больной, однако время протекания и интенсивность могут варьироваться. Итак, это стадия шока, отрицания, злость, сделка, депрессия и принятие.

Важным фактором идущим параллельно со стадиями является проживание человеком его экзистенциального кризиса, ведущей темой которого является смерть. Доказано, что эта тема является актуальной и болезненной для любого человека. Она заставляет задумываться о жизни, о своем месте в мире, о том, что останется после него и главное о том, что же произойдет после смерти. Все это способствует перестройке личностных убеждений и ценностных ориентаций. Особенно наглядно представлена эта проблема при постановке такого диагноза как рак молочной железы.

Для изучения личностных ориентаций и их изменения при РМЖ, было проанализировано исследование, проведенное в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 2003 по 2006 г., с применением методики изучения ценностных ориентаций М. Рокича.

Выводы:

У женщин, больных РМЖ, выявлена значительная перестройка ценностей в отдаленном периоде.

Большим изменениям подвержены терминальные ценности, чем инструментальные. Существеннее перестраивается высший уровень иерархии ценностей - жизненные цели личности.

Ценности «Счастливая семейная жизнь» и «Любовь» (р < 0,05), а также «Воспитанность» и «Чуткость» (р < 0,001) - более значимы для женщин с раком, чем для здоровых.

Духовные ценности: «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «развитие», «уверенность в себе», «любовь», «наличие верных друзей», при исследовании в отдаленном периоде, значительно отличаются от этапа поступления и от здоровых женщин (р<0,05).

Полученные данные могут быть использованы психологами для разработки индивидуальной программы оказания психологической помощи этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Асмолов А.Г. Психология личности. - М.: Академия, «Смысл», 2007. - 528 c.

Беляев И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2004. - № 2.

Божок А.А. Факторы прогноза при раке молочной железы / А.А. Божок, В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов, А.С. Арзуманов, А.Е. Клетсель // Современная онкология. 2005. -Т. 7. -№1. - С. 21-24.

Бондарь Г.В., Яремчук А.Я., Диденко И.К., Литвинюк В.А., Коляденко В.Г., Чещук В.Е., Миронюк С.И., Гривкова Л.В., Шевченко В.В, Зайчук В.В., Кулик И.В., Семенчук А.Г. Справоч­ник онколога: Учебное пособие - М., 2003. с. 399.

Васютин А. М. Спасение есть - оно в тебе! Рак как психосоматоз. Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. 160 с.

Владимирский Л.А. Рак: предупреждение, лечение, излечение. М., 2000

Ильницкий А.П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака».- 2009 №7.

Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А.. Основы общей и клинической психологии. Учебное пособие. - Краснодар: «Советская Кубань».-2000г. - 304с.

Кроник А. А., Ахмеров Р. А. Каузометрия: методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. 2-е изд., исправленное и дополненное. М.: Смысл, 2008. - 294 с.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. Психологический журнал. №5. 2004.

Маслоу А.Г. Мотивация и личность. - СПб.: Евразия, 1999. - 478 с.

Менегетти А. Психосоматика рака. - 2009. - 19 с.

Москвитина С.А. Особенности личности больных раком молочной железы. 1 / Журнал «Alma mater» (Вестник высшей школы) Специальный выпуск «Премия Менегетти - 2012», 2012

Попова И.П. Мужчины и женщины в сферах занятости и здоровья: контекст девяностых // Женщина в российском обществе. 2012. № 2.

Серый А В, Яницкий М.С. Ценностно-смысловая сфера личности / Учебное пособие. - Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999 - 92с.

Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 19 c.

Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. …дис. канд. мед. наук. - Челябинск, 2000. - 23 с.

Шилова Л.С. Трансформация женских моделей поведения в отношении здоровья// Россия в глобальном контексте. Сборник. Статьи российских социологов для участников русского форума на XV Всемирном конгрессе социологов в г. Брисбейне, Австралия, 2002.

Щербатых Ю. В. Психология стресса - М.: Эксмо, 2008. - 304 с.

Яницкий М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система / М. С. Яницкий. - Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. - 203с.

 Рак груди: статистика, факты, мифы. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=51769>