

Психокорекція емоційного стану жінок, хворих на рак статевих органів

У статті подано теоретичне обґрунтування необхідності опрацювання негативних емоційних станів у онкохворих, зокрема жінок, хворих на рак статевих органів. Виокремлені негативні емоційні стани, що впливають на розвиток захворювання конкретного органу (шийки або тіла матки, яєчників). Представлені результати психодіагностичного дослідження негативних емоційних станів онкохворих жінок, опис змісту психокорекційної процедури та результати формульованого експерименту. Застосовані матеріали більш ніж 90 наукових джерел, назви 9 з яких наводяться.

Ключові слова: емоційні стани, агресія, образа, гнів, провина, тривожність, оцінка емоційного самопочуття; особистість жінки, онкозахворювання, рак; психодіагностичне обстеження; психокорекція, трансівні стани.

В статье предоставлено теоретическое обоснование необходимости проработки негативных эмоциональных состояний у онкобольных, в том числе женщин, больных раком половых органов. Выделены негативные эмоциональные состояния, которые влияют на развитие заболевания конкретного органа (шейки или тела матки, яичников). Представлены результаты психодиагностического исследования негативных эмоциональных состояний онкобольных женщин, описание содержания психокоррекционной процедуры и результаты формирующего эксперимента. Использованы материалы более 90 научных источников, названия 9 из которых предоставляются.

Ключевые слова: эмоциональные состояния, агрессия, обида, гнев, вина, тревожность, оценка эмоционального самочувствия; личность женщины, онкозаболевание, рак; психодиагностическое обследование; психокоррекция, трансивные состояния.

Актуальність теми. Життя в суспільстві ставить перед людьми величезну кількість вимог, не всі з яких вони із задоволенням виконують. Необхідність виконання цих вимог часто викликає у людей негативні емоції. Найчастіше люди не розуміють або не бажають розуміти причин тривоги і депресій, тих негативних емоцій, що утворюються начебто на порожньому місці, при зовнішньому благополуччі. Насправді це “посилки” з підсвідомості. Людина неспроможна швидко та усвідомлено перепрограмувати її і вимушена в тій чи іншій мірі підкорятися імпульсам, що йдуть з

підсвідомості. Підсвідомість чітко і рішуче дає особистості знати про негативні думки, емоції, поведінкові прояви.

Жінка, отримуючи повідомлення про захворювання на рак, часто відчуває розпач, невпевнене ставлення до життя; уникає зв'язувати себе певними зобов'язаннями і будувати плани на майбутнє, починає несвідомо чекати смерті, що сильно знижує якість життя. Якщо жінка радіє життю і бачить у своєму існуванні сенс, її воля до життя значно зростає, навіть незважаючи на існуючу загрозу.

Перший крок до одужання (разом з професійними медичними лікувальними заходами) – це психологічна допомога онкохворим жінкам в зміцненні віри в ефективності лікування і здатності організму захищатися, набутті умінь ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями. Важливо змінити уявлення пацієнтки про саму себе, ставлення до оточуючого психосоціального середовища, подолати негативні емоційні стани. Тому пошук ефективних засобів мобілізації психологічного потенціалу особистості онкохворого пацієнта для подолання хвороби та підвищення якості його життя є одним з актуальних питань взаємних напрямків роботи психологів і медиків.

Постановка проблеми. Згідно зі статистикою, в Україні в 2011 р. офіційно зареєстровано 910 267 осіб, хворих на рак. Щорічно вмирає від раку 90 тисяч людей. У жінок на другому місці – рак статевих органів, зокрема яєчників і шийки матки, які зараз зустрічаються значно частіше, ніж раніше. Головною психологічною причиною розвитку онкозахворювань є стресові ситуації, виникнення негативних емоційних станів особистості, які прискорюють розвиток хвороби.

У психотерапії впродовж останніх десятиріч розроблені психотехнології, що дозволяють відновлювати позитивний емоційний настрій особистості, яка має захворювання, в тому числі онкологічне. До них належить позитивна психотерапія Н. Пезешкіана та його послідовників, логотерапія, трансперсональна психотерапія, еріксонівський гіпноз, нейролінгвістичне програмування тощо. Проблема полягає в тому, що сьогодні в Україні повноцінне психотерапевтичне лікування онкохворих здійснюється тільки в умовах приватних клінік та хоспісів. Широкого обговорення результатів психотерапевтичної роботи з онкохворими серед психологічної та медичної наукової спільноти майже не відбувається. Психокорекційна робота з онкохворими жінками у державних клініках має свої особливості і залишається відкритим нагальним питанням у лікуванні та підвищенні якості життя пацієнток.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Ф. Александер у книзі “Психосоматична медицина” приділяє увагу причинній ролі емоційних факторів у виникненні захворювань, наголошує, що більшість хронічних, в тому рахунку важковиліковних хвороб, викликаються не стільки зовнішніми механічними, хімічними чинниками або мікроорганізмами, а скоріше довготривалим функціональним стресом, що виникає у повсякденному житті індивіда в процесі його боротьби за існування. Т. Ахмедов та М. Жидко в роботі “Психотерапія особливих станів свідомості” подають низку медитативних технік роботи з болем в онкохворих, низку психотехнік з опрацювання негативного психологічного самопочуття. Р. Ассаджолі та П. Феруччи в роботах “Психосинтез”, “Психосинтез: теорія та практика”, “Популярний психосинтез” розглядають напрямки психосинтетичної роботи з розкриття вольового центру особистості, відновлення радості буття, регулювання емоційних станів особистості. Л. Бурбо в роботах “Слухай своє тіло: знову і знову”, “Слухай своє тіло – найкращого друга на Землі”, “Твоє тіло говорить: люби себе”, “П’ять травм, що заважають бути самим собою” та ін. розглядає психологічні причини захворювань і шляхи їх усвідомлення та подолання, в тому числі особливості фізичного, емоційного, ментального та духовного блокування при раку. Р. Коннер в роботі “Сучасні психотерапевтичні підходи до лікування хвороб і поліпшення здоров’я” підкреслює роль стресу у виникненні захворювань, зокрема раку, а також засоби психотерапії та самопомоги при різних видах захворювань. К. Саймонтон, С. Саймонтон в роботі “Психотерапія раку” пропонують психологічний підхід до лікування онкозахворювань. Н. Пезешкіан в роботі “Психосоматика і позитивна психотерапія” розглядає як психологічні причини онкозахворювань, так і п’ятирівневу модель їх опрацювання. М. В. Воронов в роботі “Психосоматика” продовжує традиції позитивної психотерапії, пропонуючи оригінальний підхід опрацювання психологічних причин захворювань, в тому числі онкологічних. Л. Хей в низці робіт, що об’єднані в книгу “Повна енциклопедія здоров’я” поряд з викладенням авторської філософії життя та оздоровлення визначає психологічні причини онкозахворювань, наводить психотехнологію опрацювання емоційних напружень, зміни жіночої само-свідомості.

Метою дослідження виступило теоретичне обґрунтування та експериментальне застосування психокорекційної процедури з подолання негативних емоційних станів у онкохворих жінок в умовах державного клінічного онкологічного диспансеру.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих наукових результатів. Терміном “рак” позначаються злоякісні форми клітинного зростання або збільшення числа клітин, яке відбувається автономно, виявляється деструктивно-інвазивним або метастатичним зростанням та розповсюджується. Рак – це психосоматоз, тобто захворювання, поява якого в організмі дуже сильно пов’язана з психологічним станом хворого.

Майже два тисячоліття тому римський лікар Гален звернув увагу на те, що життєрадісні жінки менше хворіють на рак, ніж жінки, які часто знаходяться у пригніченому стані. Клінічний досвід показує, що прогноз безпосередньо залежить від ставлення людини до своєї хвороби. Прагнення будь-що позбавитися недуги, відсутність бажання зрозуміти причини призводять до поразки. У тих же, хто готовий співробітничати з хворобою, намагаючись розібратися, які переваги і уроки несе патологічний стан, справи йдуть набагато краще. Чим ширше розуміння причин захворювань, тим більше можливостей в лікуванні. Вперше описав причини семи психосоматичних захворювань німецький психоаналітик Ф. Александер, пояснюючи їх виникнення спадковою схильністю, порушенням емоційного клімату в сім’ї і сильними переживаннями дорослого життя. Відчуття, переживання, думки людини за допомогою нервової і гормональної систем трансформуються в біохімічні реакції, одержують свій тілесний вираз, свій матеріальний субстрат на рівні тіла. За законом подібності, хвороба, що виникає на рівні свідомості як порушення взаємозв’язку зі світом, має свій символічний вираз на рівні тіла у вигляді біохімічних, функціональних і органічних змін [1]. Ф. Александер приділяв увагу причинній ролі емоційних чинників у виникненні захворювань, наголошував, що більшість хронічних, в тому числі важко виліковних хвороб, викликаються не стільки зовнішніми механічними, хімічними чинниками або мікроорганізмами, скільки довготривалим функціональним стресом, що виникає у повсякденному житті індивіда в процесі його боротьби за існування.

За визначенням Г. Сельє будь-який психосоматоз починається з тривалого або сильного стресу – дистресу. Але це не просто стрес, тобто навантаження, яке призводить до хвороби. Людина, що знаходиться в гармонійних стосунках зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні і психічні навантаження, уникнути хвороби. Проте, в житті зустрічаються і такі особистісні проблеми, які викликають настільки обтяжливу фіксацію і душевний розлад, що в певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій і невпевненості у собі. За версією М. Шевченка,

рак починається з гормональних порушень, які “провокуються” стресами, несприятливою екологією, неправильним харчуванням, опроміненням, спадковими порушеннями. На думку В. В. Сі-нєльникова, будь-які новоутворення, пухлини, кісти утворюються тоді, коли людина утримує в душі старі образи і потрясіння. Вона їх постійно “прокручує” в голові, леліє, накопичує у визначеному місці свого тіла. Виявлено, що цілковите позбавлення від старих образ повністю виліковує від будь-якої пухлини. У прикладах з міомою матки показано, що як тільки жінка повністю позбавляється від образ і гніву на адресу чоловіків — пухлина розсмоктується. В психосоматиці відомо, що рідина, яка накопичується в тілі, є символом емоцій. Наприклад, пухлиноподібне утворення кісти яєчників виникає в результаті накопичення рідини у зріючому фолікулі або жовтому тілі. Психічним еквівалентом накопичення рідини в кістах яєчників служить переповнювання жінки не-прожитими почуттями, нереалізованою агресією, пов’язаною з партнером або його відсутністю. Це може бути образа, нетерпиме ставлення до партнера, відчай від нереалізованості своєї сексуальної енергії унаслідок самотності або відсутності кохання. образа, що виникає у відповідь на чие-небудь необережне втручання, це зручне алібі, що нібито звільняє від подальшого розвитку стосунків. образа – це зовнішній прояв душевної ліні, прихованої упертості і замкнутості. У багатьох людей на душі лежать образи, що накопичувалися роками. Нерідко в дорослій людині живе гіркота дитячих переживань, і якусь хворобливу подію вона пам’ятає все життя в найдрібніших подробицях. Якщо такі відчуття присутні і в онкохворого, то, перш за все, йому доведеться визнати, що ні хто інший, а він сам є основним джерелом стресу [8].

Л. Хей висловлює думку, що рак спричиняє глибока образа, яка довго накопичується і буквально роз’їдає тканини. У свідомості людини бере верх відчуття безвихідності, безпорадності, невинної втрати, і вона починає звинувачувати в своїх проблемах оточуючих. Крім того, ракові хворі відрізняються підвищеною самокритичністю. Отже, на думку Л. Хей, ключ до успіху в лікуванні раку – уміння любити і приймати себе такими, які ми є [9].

Як вважає Н.М. Віторська, пухлина спочатку виникає у свідомості. Провідним провокуючим чинником у механізмі виникнення раку є мотив використання отриманої енергії для себе. До психологічних особливостей особистості, схильної до ракових процесів, відносять емоційну нестійкість, схильність до самозвинувачень, незрілість характеру. Найбільш схильні до ризику онкологічних захворювань особистості, які страждають синдромом

аутоагресивності, часто зазнавали психологічних травм в дитинстві, переживають гостре почуття провини, проявляють ненависть до самих себе, мають тенденції до самозаперечення, прагнення до самопокарання [5].

На думку Л. Бурбо, онкохвороба виникає у людини, яка в дитинстві пережила серйозну психологічну травму і все життя носила всі свої негативні емоції в собі. Деякі люди в дитинстві пережили не одну, а декілька таких травм. Як правило, від раку страждає людина, яка так хоче жити в любові і згоді зі своїми близькими, що дуже довго пригнічує в собі злість, образу або ненависть до одного з батьків. Багато хто також злиться на Бога за те, що їм довелося пережити. При цьому вони забороняють собі виявляти ці негативні почуття; останні ж тим часом накопичуються і посилюються кожний раз, коли яка-небудь подія нагадує про стару психологічну травму. І приходять день, коли людина досягає своєї емоційної межі, – в ній все немов вибухає, і тоді починається рак. Рак може виникнути як в період емоційної напруги, так і після вирішення конфлікту [3; 6].

Психологічні процеси, що допомагають звільнитися від неприємних почуттів, виразити негативні емоції і пробачити минулі образи (реальні або вигадані) можуть стати важливим елементом профілактики захворювань. Онкологічні хворі частіше носять в душі образи та інші хворобливі переживання, що пов'язують їх з минулим і не знайшли свого виходу. Аби наші пацієнти могли видужати, їм часто буває необхідно навчитися звільнитися від свого минулого [6;8].

Отже, для психосоматичного розуміння злоякісних захворювань недостатньо відкрити факт, що імунна система людини тісно пов'язана з виникненням ракового захворювання, вирішальне значення має постулат, що від опірності організму, його захисних сил залежить, чи “спокійно” поведуться клітини, чи починають нестримно розмножуватися. Відомо, що захисні сили організму ослабляються душевними травмами. Отже, емоції відіграють неабияку роль у виникненні раку. Завдяки багаточисельним науковим дослідженням, які підтверджують це припущення, сьогодні вже не доводиться сумніватися, що психічні чинники відіграють найважливішу роль у розвитку онкологічних захворювань [7].

Найважливішими психологічними аспектами в онкохворобі жінки є ставлення до хвороби та особливості психоемоційної сфери. Особливості психоемоційної сфери визначають якість життя, впливають на внутрішню картину хвороби. Онкологічна хвороба

призводить не лише до функціонального та органічного порушення – перед пацієнткою постають складні психологічні проблеми. До онкологічного хворого необхідно стаивтись до людини, яка перебуває у серйозній стресовій ситуації. Тривале важке соматичне захворювання, госпіталізація, відрив від звичного способу життя та праці, від мікросоціального та соціального оточення, складна травмуюча операція, яка може призвести до інвалідності, і, нарешті, загроза смерті руйнують звичні стереотипи поведінки, які формувалися впродовж життя жінки, змінюється система цінностей та еталонів, суттєво перебудовується особистість пацієнтки. Перед нею постає проблема адаптації до умов життя, що виникли внаслідок операції.

Усвідомлення діагнозу та лікування онкологічного захворювання на рак матки супроводжується для жінки великими стражданнями. В першу чергу після постановки діагнозу розвивається важкий психологічний стрес. При цьому можна виокремити певні прояви відреагування на нього: це раптова слабкість в тілі, прояв надмірних емоцій, відчуття нереального, заперечення подій, що відбуваються, гостре переживання страху смерті, підвищена тривожність, гнів, самозвинувачення або пошук винних як спроба опанувати власний страх. У жінки також розвивається стрес переживання зміни соціальної ситуації, формування нової системи комунікацій, пошуку нової ролі у сімейних взаємовідносинах. Подібні зміни провокують формування нової внутрішньої позиції стосовно ситуації, що склалася. Описано вплив хвороби на психіку в проявах формування надцінного ставлення до свого здоров'я, іпохондричність. На певному етапі жінка переживає стан депресії, пов'язаної з почуттям втрати самоідентифікації та самоповаги, душевного болю, втрати сенсу життя та віри, відчуття самотності та непотрібності. У виникненні депресії велике значення мають емоційні чинники, які пов'язані з переживанням хвороби, відчаєм, жалем до себе, розгубленістю та нерозумінням, як жити далі з тим, що трапилось. В даному стані відбувається переоцінка цінностей та установок, формується новий погляд на себе і на світ. Після повідомлення діагнозу та переживання шоку і всього, що пов'язано з цим, більшість жінок відчують почуття роздвоєності. З одного боку, потрібно пройти через важке лікування, перенести травмуючу операцію (видалення матки), але залишитися жити, незважаючи на жодні наслідки для роботи та сімейного життя, а з ідругого – неможливо змиритися з операцією, яка перетворює жінку на “нежіночну”. В деяких випадках це призводить до розпаду сім'ї, оскільки, що чоловік чи коханий не настільки сильний духом і капітулює перед важкою життєвою ситуацією саме тоді, коли жінці

особливо потрібна любов та підтримка. Такий психологічний стрес вимагає швидкого та рішучого вирішення.

Найбільш хвилюючим є стан внутрішнього напруження, протиріччя особистісних прагнень і бажань жінки та обмежень і заборон, які виникають після операції. Напруження, що виникає та посилюється, коли жінка не бачить реального виходу із важкої ситуації, стан фрустрації є намаганням “зірвати зло” на комусь, хто навіть не причетний до цієї проблеми, або ж схильність звинувачувати себе у всьому, що відбувається, і виявляти депресивні реакції, або ж намагання зменшити значущість неприємностей або не помічати їх. Деякі лікарі-онкологи та психологи вважають, що від ставлення до своєї хвороби значною мірою залежить мікроклімат в сім’ї: чим менше жінка драматизує ситуацію, тим більше в неї шансів отримати підтримку від сім’ї та близьких.

Експериментальне дослідження з визначення особливостей емоційного стану онкохворих жінок та психокорекційна робота з ними проводилися протягом жовтня 2011-березня 2012 р.р. на базі Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру. В пілотажному дослідженні та корекційній роботі взяли участь 60 жінок віком від 28 до 66 років, хворих на рак статевих органів (захворювання шийки або тіла матки, злоякісні пухлини яєчників). У психодіагностичному обстеженні застосовані: методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН); методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (МБД); методика діагностики самооцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна; опитувальник самооцінки емоційних станів (А. Уессмана і Д. Рікса). Результати психодіагностики показали, що до проведення психокорекційної роботи всі жінки відчували низку негативних емоційних станів. На момент тестування в усіх жінок погане самопочуття; за шкалою активності виявлено, що у 83,3% респондентів показник нижчий середнього. В обстежуваних вище середнього рівня виявився показник непрямої агресії (60,1%), середній рівень з тенденцією до високого і середній рівень рівно набрали по 50% жінок. Показники вище середнього рівня набрали шкали вербальної агресії (55,3% респондентів виражають негативні почуття як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокльони, погрози) та фізичної агресії (41,7%)). Майже у всіх жінок, хворих на рак матки, виявили дуже високий показник за шкалою “почуття провини” 89%, тобто хворі жінки виражали ставлення, переконання і поведінку стосовно себе і оточуючих, що

вони є поганими людьми, поступають не добре, зле, відчуття розкаяння совісті. Отримані вище середнього рівня показники за шкалами “образа” (74% респондентів), “підозрілість” (61,7% респондентів), “негативізм” (48,3%), “роздратування” (59,3%) – респонденти виражають готовність до прояву негативних почуттів при щонайменшому збудженні (запальність, грубість). У 18% жінок спостерігається високий рівень ворожості, 33% респондентів набрали середній рівень з тенденцією до високого, 33% – середній індекс ворожості. Майже у всіх жінок (92%) спостерігалася помірна реактивна тривожність, яка характеризується супроводом суб’єктивних емоцій, напругою, занепокоєнням, нервозністю. У 8% обстежуваних – висока тривожність, яка викликає порушення уваги, інколи порушення тонкої координації та інтенсивніше сприйняття ситуацій або обставин, які потенційно містять можливість невдачі або загрози. У 84% – високий показник особистісної тривожності, що виражається в підвищеній схильності занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, у тому числі і тих, об’єктивні характеристики яких до цього не призводять, особливо коли вони стосуються оцінки компетенції і престижу особистості. У 8% жінок спостерігається дуже високий рівень тривожності, що корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями та у 8% – помірна особистісна тривожність. На момент тестування у 67% жінок виявлено середній показник самооцінки емоційного стану, у 33% досліджуваних – нижчий середнього, тобто онкохворі жінки знаходилися у стані емоційної напруги, неспокою, переживання з приводу свого здоров’я.

На основі даних психодіагностичного обстеження розроблена психокорекційна програма з метою подолання негативних станів у онкохворих жінок. Програма містить серію індивідуальних занять (від 10 до 20) з онкохворими жінками, кожне з яких починається з бесіди, протягом якої з’ясовувалися обставини життя жінки, знаходилося позитивне тлумачення симптомів захворювання та його значення в житті жінки [7]. Процедура поетапно переходила в подолання виявлених у пацієнтки негативних емоційних станів. Основними психокорекційними методами виступили трансівні стани. Кожний алгоритм трансівних станів містить релаксаційний блок, в якому розміщуються афірмації, відповідні захворюванню, емоційному стану та особливостям особистості пацієнтки. Релаксаційний блок перших 5 занять спрямований на роботу з болем та пухлинами. Впродовж перших 8-10 занять використовуються техніки прощення; в середині алгоритму розміщуються

техніки емоційного та мисленнєвого очищення, відновлення діяльності організму, побудови по-новому міжособистісних взаємин. Кожне заняття завершується блоком кольоромедитації. Після виходу з трансового стану проводилося обговорення самопочуття, випробовуваних пацієнткою образів та відчуттів.

Після проведення психокорекційної роботи в онкохворих жінок самопочуття покращилося на 33%; активність збільшилася на 24%; настрій піднявся на 35%. Зменшені показники за шкалами фізичної агресії на 10%, непрямой агресії – 12%, роздратування – 8,6%, негативізму – 3,3%, образи – 18,5%, підозрливості – 4,2%, вербальної агресії – 5,2% і почуття провини на 18,4%. За шкалою реактивної тривожності, 66,7% жінок, які мали помірний рівень, отримали низькі показники, 8,3% жінок змінила показник з високого на низький. За методикою діагностики самооцінки емоційних станів на 47,7% у жінок підвищився спокійний стан, майже на 43,5% у жінок зменшена втома, підвищився настрій – на 53,5% та 41,3% жінки відчули впевненість у собі.

Звісно, що такої короткострокової психологічної роботи з онкохворими недостатньо і вона мусить бути продовжена, але в умовах державної клінічної установи корекція психологічного стану онкохворих залишається сьогодні тільки волонтерською ініціативою лікарів та психологів.

Резюме. Сучасна медицина та психологія вважають одним з основних чинників виникнення онкозахворювань стан стресу та низку яскравих негативних почуттів – образи, провини, тривожності, гніву, агресії і т.ін. Результати дослідження виявили наявність в онкохворих жінок негативного емоційного самопочуття, високий рівень тривожності, почуття провини, образи тощо. Психокорекційні заходи із застосуванням активних методів психологічного впливу дозволили отримати позитивну динаміку та поліпшення емоційного стану в онкохворих жінок.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Франц Александер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
2. Ассаджолі Р. Психосинтез: теория и практика/ Р. Ассаджолі. – М: REFL-book, 1994. – 314 с.
3. Бурбо Л. Слушай свое тело, лучшего друга на земле / Бурбо Лиз. – М. : Гелиос, 2001. – 146 с.
4. Вереїна Л. В. Регулювання емоційних станів психосоматичних хворих методами особливих станів свідомості/ Л. В. Вереїна //

Психологічні перспективи. Спец. випуск: Становлення особистості як суб'єкта життєвого шляху. – Т. 3. К. : Інститут соціальної і політичної психології НАПН України, 2011. – С. 194-203.

5. Виторская Н.М. Причины болезней и истоки здоровья / Наталья Мстиславовна Виторская. – М. : Амрита – Русь, 2006. – 142 с.
6. Гардашнікова Г. Т. Психосоціальне середовище як чинник виникнення онкозахворювань у жінок / Г. Т. Гардашнікова, Л. В. Вереїна // Актуальні проблеми психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка – К. : Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2011. – Т. 7, вип. 25. – С. 52-60.
7. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Носсрат Пезешкиан. – М. : Институт позитивной психотерапии, 2006. – 333 с.
8. Саймонтон К. Возвращение к здоровью. Часть 1: Рак и психика/ Карл Саймонтон, Стефании Саймонтон – СПб. : Питер- пресс, 1995. – 94 с.
9. Хей Л.Л. Исцели себя сам/Л.Л.Хей. – Кишинев: Лотос, 1996. – 259 с.

In the article the theoretical ground of necessity of the negative emotional states working at cancer patients, including women, suffering of genital organs cancer is given. The negative emotional states which influence the development of disease of concrete organ are selected (cervix and uterine body, ovaries). The results of psychological diagnostics research of the negative emotional states of women suffering at cancer, description of psychological correction procedures maintenance and results of forming experiment are represented. Materials of more than 90 scientific sources are used, 9 titles of them are given.

Keywords: emotional states, aggression, offense, anger, guilt, anxiety, estimation of emotional feel; personality of woman, cancer; psychological diagnostics inspection; psychological correction, trance states.

Отримано: 12.02.2012 р.