



**VI ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД
ОНКОПСИХОЛОГОВ**

13-15 НОЯБРЯ 2014

МОСКВА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Настоящий сборник включает тезисы VI Всероссийского съезда онкопсихологов, проходившего 13 –15 ноября 2014 года в Москве.

Основные задачи, стоящие перед съездом онкопсихологов, - это обмен опытом, разработка рекомендаций по социально-психологической реабилитации онкологических больных и определение модели психологической поддержки в системе лечения и реабилитации онкологических больных. Участники съезда активно обмениваются практическим опытом, научными взглядами и мнениями внутри профессионального сообщества специалистов, оказывающих помощь онкологическим больным, в том числе представители некоммерческих организаций, работающие с онкологическими больными и их близкими.

В съезде приняли участие 200 специалистов, работающих в сфере оказания помощи онкопациентам и их близким из России и ближнего зарубежья: психологи, социальные работники, врачи, а также представители некоммерческих организаций, работающих с онкологическими больными. Среди них наши коллеги из Москвы, Санкт-Петербурга, Алматы, Астаны, Астрахани, Барнаула, Бийска, Владивостока, Владимира, Воронежа Дубны, Екатеринбургa, Иваново, Иркутска, Казани, Калининграда, Кемерово, Киева, Кирова, Костромы, Красноярска, Курска, Липецка, Майкопа, Минска, Нижневартовска, Нижнего Новгорода, Новочеркаска, Обнинска, Подольска, Риги, Ростова-на-Дону, Самары, Ставрополя, Твери, Томска, Чернигова, Чебоксар, Шымкента, Ярославля и других городов.

Мы благодарим всех участников съезда и надеемся, что система оказания психологической помощи онкологическим пациентам в России будет с вашей помощью активно развиваться и в дальнейшем. Вместе мы сможем сделать больше для онкологических больных в нашей стране!

Оргкомитет VI Всероссийского съезда онкопсихологов
АНО «Проект СО-действие»

Сборник тезисов VI Всероссийского съезда онкопсихологов, Москва, 2014. - 96 с. Подготовлен АНО «Проект СО-действие».

Использование и публикация статей возможны только с согласия авторов.
Пунктуация и орфография в статьях – авторская.

Этот сборник можно скачать на сайте www.co-operate.ru

АНО «Проект СО-действие»
contact@co-operate.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ «СЕНСОРНАЯ КОМНАТА» <i>Аноприенко Е. В., Ковальская Т. Л., Меркотан А.И.</i>	7
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРЕДЕЛАХ СТАЦИОНАРА <i>Аноприенко Е.В., Титомир Д.И.</i>	9
ОТ ЗНАЧИМОГО ДРУГОГО – К ЗНАЧИМОМУ Я: КУЛЬТУРНЫЕ ПРАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КРИЗИСА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Асмолов А.Г., Шамансурова К. Э., Зикиряходжаев А.Д.</i>	12
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ФОРУМ-ТЕАТРА В РАБОТЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ <i>Бобрикова А.В.</i>	14
ОТКРЫТАЯ ГРУППА В СТАЦИОНАРЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ <i>Вагайцева М.В.</i>	16
РОЛЬ ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Гусева М.А.</i>	17
ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ <i>Гусева М.А., Цейтлин Г.Я.</i>	20
НОВЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, С ПОЗИТИВНЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ НАСТРОЕМ - КАК МОЩНОЕ СРЕДСТВО В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ <i>Демиденко С.А.</i>	23
ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И ЛОКУС КОНТРОЛЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Доброва Е.Г., Красных Н.В., Шинкарев С.А., Припачкина А.П.</i>	26
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ ГУЗ «ЛИПЕЦКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» <i>Доброва Е.Г., Красных Н.В., Шинкарев С.А., Припачкина А.П.</i>	29
ПСИХОЛОГ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ <i>Захарова В.Ю., Казанская Н.К.</i>	31

СКАЗКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Исхакова Э. В.</i>	34
«ЛИЧНЫЙ ОПЫТ» ПСИХОЛОГА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Киени А.А.</i>	36
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ -ОНКОЛОГОВ <i>Когония Л.М.</i>	38
РОЛЬ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ИЗУЧЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Комкова Е.П., Кокорина Н.П.</i>	43
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Костерева Л.И.</i>	45
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ХОСПИСЕ <i>Костригин А.А., Хусяинов Т. М.</i>	47
ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Лапочкина Н.П., Блинова К.А., Борута С.А., Анисимов В.М., Козлов В.А., Чистяков А.В., Круглова М.Л., Калачикова Е.В.</i>	48
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Лапочкина Н.П., Блинова К.А., Борута С.А., Анисимов В.М., Козлов В.А., Чистяков А.В., Круглова М.Л., Калачикова Е.В.</i>	50
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С УМИРАЮЩИМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ И ИХ БЛИЗКИМИ <i>Леоненкова С.А., Вагайцева М.В.</i>	53
МЕСТО ЮМОРА В РАБОТЕ ОНКОПСИХОЛОГА <i>Лицов Д.В., Дерябо Л.Ю.</i>	55
ОТЧАЯНИЕ КЛИЕНТА И НАДЕЖДА ТЕРАПЕВТА <i>Лицов Д.В., Дерябо Л.Ю.</i>	57
ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ <i>Малкина Н.В.</i>	59
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПАТОЛОГИИ МАЛЫША <i>Масленникова Е.С.</i>	60

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Русина Н.А.</i>	64
ГИПЕРДИАГНОСТИКА И ИЗБЫТОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Сагальчик Л. М.</i>	65
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ СЕАНСОВ РЕЛАКСАЦИИ <i>Сивохина Т.А., Храмкова О.В.</i>	67
СТРАХ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Сирота Н.А., Московченко Д.В.</i>	69
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ «ПЕСОЧНОЙ» ТЕРАПИИ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ <i>Старостин О.А., Шиманская Е.В.</i>	71
ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ткаченко Г.А.</i>	76
БОЛЬНИЧНАЯ КЛОУНАДА КАК МЕТОД ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ <i>Уракова Е.С.</i>	78
К ОБЩЕЙ СХЕМЕ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ <i>Хайкин А.В.</i>	80
БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК – ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЛЯ МАТЕРИ <i>Черненко О.А., Чулкова В.А.</i>	82
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА И МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА <i>Чулкова В.А., Пестерева Е.В.</i>	84
ОЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ <i>Шербакова Т.Н.</i>	86

АНОНСЫ

АНО ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ «ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ»	90
АНО ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «ДЕТИ»	90
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ».....	91
БФ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ «ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»	91
МОД «ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА»	92
ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ «КНИГИ В ПОМОЩЬ» — ПОСОБИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ БОЛЬНЫ ЛЕЙКОЗОМ	92
РБОО «ПОМОГАЯ ДРУГИМ – ПОМОГАЕШЬ СЕБЕ»	94
АНО «ПРОЕКТ СО-ДЕЙСТВИЕ».....	95

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ «СЕНСОРНАЯ КОМНАТА»

Аноприенко Елена Васильевна,
*заведующая Центром медико-психологической, социально-
реабилитационной помощи НДСБ «Охматдет»,*

Ковальская Татьяна Леонидовна,
врач-психолог отделения онкогематологии,

Меркотан Анастасия Ивановна,
врач-психолог отделения онкогематологии
Киев

Онкологические заболевания у детей занимают центральное место среди проблем клинической медицины. С каждым годом растет число детей с онкогематологическими заболеваниями, а также число случаев рецидивов. Результаты лечения детей, так называемый «уровень качества жизни» определяются не только тяжестью основного заболевания, но и психологическим состоянием, возможными психическими нарушениями, как у самого больного, так и у членов его семьи. Когда ребенок проходит лечение происходят изменения психоэмоционального состояния: увеличивается уровень тревожности, появляется чувство страха, неуверенности. У ребенка сразу ограничивается круг общения, появляется чувство неполноценности, апатия к окружающей действительности. Поэтому психологическая поддержка является неотъемлемой частью лечения и последующей реабилитации. В рамках программы адаптации и психологической поддержки детей, проводятся консультации медицинского психолога, а также индивидуальные и групповые занятия с применением сенсорной интеграции с детьми разных возрастов.

Цель исследования: определение эффективности применения сенсорной интеграции в рамках психологического сопровождения детей с онкогематологическими заболеваниями.

С целью анализа потребностей в психологической помощи детям с онкопатологией и их родителям, а также эффективности применения сенсорной интеграции нами проведено исследование на базе онкогематологического отделения и отделения пересадки костного мозга НДСБ «Охматдет». В исследовании принимало участие 50 человек: 20 детей младшего возраста, 20 детей школьного возраста и 10 детей подросткового возраста. Для исследования мы использовали ряд методик согласно протоколу психологического сопровождения детей, находящихся в стационаре отделения онкогематологии, который был разработан сотрудниками Центра медико-психологической и социально-реабилитационной помощи НДСБ «Охматдет». В ходе проведения исследования изучались: уровень тревожности детей, наличие/отсутствие проявлений депрессии, уровень самооценки в динамике лечения, уровень адаптации к новому состоянию, детско-родительские отношения в динамике, отношение и критичность к собственному состоянию ребенка, рисуночные тесты.

При анализе результатов исследования было выявлено, что у всех детей на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся по клиническим проявлениям и степени выраженности:

- повышенная тревожность (у 85% детей)
- субдепрессивные состояния (у 5% детей всей группы, и у 98% подростков)
- эмоциональная неустойчивость (в 75% случаях)
- снижение самооценки (в 50% случаях)
- нарушение детско-родительских отношений (в 35% случаях)
- После 8-10 консультаций с применением сенсорной интеграции было проведено повторное исследование психоэмоционального состояния у детей, в ходе которого получены следующие результаты:
- уровень тревожности снизился у 97% детей
- субдепрессивных состояний не выявлено
- улучшились детско-родительские отношения
- адаптация к пребыванию в стационаре в 100% случаях
- снижение агрессивных реакций на медицинские манипуляции.

Выводы: Проведенное исследование со всей очевидностью показало, что существует высокая потребность в психологической помощи у пациентов детского онкологического отделения. Направленность психологической помощи вытекает из тех проблем, которые выявлены в ходе исследования, и в первую очередь должна осуществляться через формирование позитивной внутренней картины болезни у больного ребенка как напрямую, так и через формирование адекватных установок у родителей. Одним из современных средств реализации метода сенсорной интеграции является специально оборудованная сенсорная комната. Сенсорная комната представляет собой искусственно созданное окружение, где ребенок, пребывая в безопасной, комфортной обстановке, наполненной разнообразными стимулами, самостоятельно или при ненавязчивом сопровождении специалиста исследует среду.

Пребывание в сенсорной комнате способствует :

- А) улучшению эмоционального состояния;
- Б) снижению беспокойства и агрессивности;
- В) снятию нервного возбуждения и тревожности;
- Г) нормализации сна;
- Д) активизации мозговой деятельности;
- Е) ускорению восстановительных процессов после заболеваний.

Таким образом, применение сенсорной интеграции в рамках психологического сопровождения детей с онкогематологическими заболеваниями является эффективным и незаменимым методом работы медицинского психолога в онкостационаре.

ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРЕДЕЛАХ СТАЦИОНАРА

Аноприенко Елена Васильевна

*заведующая Центром медико-психологической,
социально-реабилитационной помощи НДСБ «Охматдет»,*

Титомир Дмитрий Игоревич

*Врач-психолог отделения онкогематологии
Киев*

Психологическая адаптация детей с онкологическими заболеваниями занимает важное место в процессе лечения и дальнейшей реабилитации, как в пределах стационара, так и за ними. Прежде чем рассматривать способы и методы, предназначенные для улучшения и упрощения адаптационного периода, следует рассмотреть с какими проблемами сталкиваются дети при поступлении в стационар и какие факторы влияют на осложнение адаптационного периода.

- на первом месте - это проблемы социальной изоляции;
- медицинские манипуляции, боязнь уколов, переливаний крови, пункций, исследований;
- выпадение волос; изменение внешности, веса и т.д.

За основу были взят опыт работы Центра медико-психологической и социально-реабилитационной помощи. Было рассмотрено 130 историй онкобольных детей, находившихся на лечении в Онкогематологическом центре в период с 2011 по 2013 года.

Из 130 детей у 43-х (33%) адаптационный период был обострен.

Что же вызывает сложности в адаптации?

Гендерные особенности: осложнение адаптационного периода чаще (в 58% случаев) возникало у девочек. В первую очередь это связано со значительными изменениями внешности на фоне лечения – колебания веса, кожные высыпания и выпадение волос (необходимость стричься на лысо) на фоне получения химиотерапии.

Впрочем, у мальчиков изменение внешности тоже, иногда, вызывало сильные протестные реакции.

Социальные особенности: 1/3 детей с осложненной адаптацией имеют проблемы социального характера: происходят из неполных семей и/или живут в неудовлетворительных условиях.

Тревожность: Измерение реактивной и личностной тревожности производилось при помощи опросника Спилбергера-Ханина и проективных методик. Результаты показали следующее:

У 96% процентов детей с осложненной адаптацией наблюдался высокий уровень личностной и реактивной тревожности.

4% - умеренный уровень.

На фоне общего числа пациентов картина выглядит следующим образом:

Детско-родительские отношения – важнейший из факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние детей и их адаптацию. В первую очередь следует говорить о психоэмоциональном состоянии родителей, которое находит свое отражение в психоэмоциональном состоянии детей. Так, высокий уровень тревожности родителя, даже при попытках себя контролировать и скрывать свои настоящие переживания, рано или поздно передается ребенку и в результате мы видим повышение уровня тревожности у детей, ранее не проявлявших тревожных расстройств и реакций. А как показывают приведенные выше данные – уровень личностной и реактивной тревожности является одним из самых ярких и показательных факторов осложняющих адаптацию и процесс лечения.

Сам факт больницы и ее обстановка – так же сильно влияет на адаптационный период у детей. В большинстве случаев дети лежат в отдельных палатах совместно с родителем (чаще с матерью/реже с отцом). С момента установления диагноза начинается блок интенсивного лечения, который предполагает ограничение посещений и постоянного нахождения в палате. Отсутствие постоянных социальных контактов приводит к тому, что ребенок чувствует себя одиноким, «брошенным», начинают проявляться страхи и тревоги. Отсутствие возможности общаться с другими детьми, проходящими то же лечение, с теми же заболеваниями приводит к тому что пациент не получает достаточное количество информации для того что бы адекватно воспринимать процесс лечения и изменения, которые неизбежно будут происходить с его организмом.

Часто родители не говорят о диагнозе ребенку, обманывают во «благо» лечения, но ребенок, понимая обман, начинает думать, что «если мне говорят правду, то я неизлечимо болен...». Все вышеперечисленные факторы приводят к расстройству адаптации в виде истерических или депрессивных реакций, развития астено-депрессивного синдрома и проявлениям физической и/или вербальной агрессии по отношению к окружающим.

Адаптационный период: Нормальная адаптация. Как ее достичь?

Для достижения нормальной адаптации детей в стационаре необходимо соблюдать комплексность подхода и прибегать к помощи всех доступных специалистов. Каждый человек из текущего окружения ребенка (родитель, лечащий врач, медсестра, психолог, социальный работник) должен стремиться к тому, что бы облегчить адаптацию и избежать возможных осложнений. Работа психолога направлена на адаптацию всей семейной системы ребенка. Проблемы «не принятия» родителями диагноза, эмоциональные нарушения родителей являются важным фактором адаптационных проблем ребенка. Адекватное эмоциональное реагирование родителей, нормализация детско-родительских взаимоотношений относится к важным способам облегчить адаптацию и избежать невротизации и истерических реакций ребенка. Для того чтобы уменьшить стрессогенное влияние на ребёнка госпитализации и тяжёлого лечения, необходимо дать ему почувствовать родительское

безусловное принятие. То есть дети должны видеть, что родители относятся к их негативным обстоятельствам и поступкам не критически, не оценочно, а участливо.

Как представляется, все эти соображения важно учитывать и медицинским работникам. У них есть немалые возможности вполне эффективно регулировать детско-родительские отношения пациентов.

Важным фактором станет «одомашнивание» палаты. Необходимо окружающую обстановку в палате максимально приблизить к домашней. Порой это бывает сложно, но нужно искать любые способы. Примером может стать домашняя еда, постель, одежда. Возможно, музыка и освещение.

Украшения для стен, настольные фигурки, картины, фотографии в рамках. Наличие игровой комнаты в отделении так же является обязательным пунктом. Там дети могут отвлечься от всего происходящего в больнице, забыть на время о тяжелом заболевании и лечении и, что самое важное, наладить контакты с другими детьми, которые лечатся дольше, чем они и уже могут поделиться своим опытом и переживаниями.

Часто детей пугают разнообразные медицинские процедуры, манипуляции, а так же большое количество препаратов которые необходимо принимать. Ключ к этим страхам кроется в банальном непонимании. Ребенок не осознает, зачем проводится та или иная болезненная процедура, зачем пить горькое лекарство или почему он вынужден постоянно ходить с периферической канюлей. Необходимо как можно более простыми словами и как можно более подробно объяснить, что и зачем сейчас будут делать. Часто одного объяснения недостаточно, нужно периодически напоминать ребенку о необходимости всех процедур и приема препаратов.

Групповая и индивидуальная психотерапия широко применяется в работе как с онкобольными детьми, так и с их родителями. Особенно хорошо зарекомендовали себя арт-терапевтические практики (сказка терапия, рисуночная терапия, игровая терапия и т.п.), а так же поведенческая терапия с более сложными пациентами.

В работе с родителями хорошо себя показывает клиент-центрированная терапия и терапия реальностью.

В результате мы можем достичь снижения уровня тревожности, повышения концентрации, коррекции психоэмоционального состояния, а так же предупредить невротизацию и развитие астено-депрессивного синдрома (особенно актуально после двух-трех месяцев непрерывного лечения).

В результате можно сделать короткий вывод о том, как обеспечить нормальную адаптацию онкобольного ребенка в стационаре: К лечению нужно подходить комплексно и системно с привлечением максимального количества возможных специалистов, при этом нужно не забывать о высокой эмоциональной чувствительности детей и их страхе перед неизвестностью.

Ψ

ОТ ЗНАЧИМОГО ДРУГОГО – К ЗНАЧИМОМУ Я: КУЛЬТУРНЫЕ ПРАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Асмолов Александр Григорьевич,

*МГУ им. М.В. Ломоносова,
заведующий кафедрой психологии личности*

Шамансурова Камилла Эркиновна,

*ГБОУ ВПО МО Академия социального управления,
преподаватель*

Зикирходжаев Азиз Дильшодович,

ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена МЗ РФ

*Руководитель отделения онкологии и
реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи*

Данное исследование является продолжением цикла работ, выполненных на пересечении культурно-деятельностной психологии личности и экзистенциальной психологии. Эти работы посвящены анализу влияния изменения социального статуса человека на его жизненные перспективы, ценности, мотивы и модели поведения в различных критических ситуациях, в том числе в ситуации онкологического заболевания (А.Г. Асмолов, Ф.Е. Василук, Ю.А. Васильева, Д.А. Леонтьев, Т.Ю. Марилова, Е.И. Фейгенберг).

В дальнейшем представляется целесообразным сфокусировать внимание на следующих вопросах:

Каким образом информация о диагнозе влияет на смену жизненных перспектив личности онкологического больного? Не является ли «черная метка» диагнозом, воспринимаемого как приговор, провокацией к порождению своего рода *культурного шока* (Ф.Боас), происходящего при резком перемещении человека из одной культуры в другую? Как влияет на мотивационную динамику и психосматику онкологических больных социальное и межличностное взаимодействие со *Значимыми Другими* (Дж. Мид, Г. Салливан)? Можно ли с помощью значимых других преодолеть модели психологической защиты, приводящие к *отчуждению* прежнего образа жизни (Э.Фромм) и инкапсуляции онкологических больных в своеобразных социальных «гетто»? И главное, обладают ли культурные практики и психотехники общения со значимыми другими психотерапевтическим потенциалом, позволяющим онкологическим больным вновь обрести жизненные перспективы с помощью *идентификации* со значимыми другими, найти своё значимое Я в новом, заслуживающим доверия *жизненном мире* (Ю.Хабермас)?

За всем этим спектром вопросов, нацеленных на поиск культурных практик и психотехнических приемов преодоления экзистенциального кризиса у онкологических больных, просматривается стратегия обретения смысла существования, ёмко переданная В. Франклом - тот, кто знает Зачем жить, преодолеет любое Как!

Ситуация заболевания и лечения сталкивает пациента с «Другими» - референтными ему людьми, социальными группами, источниками значимой информации: близкие, родные и знакомые, медицинский персонал, пациенты, организации, осуществляющие помощь больным, СМИ и интернет. Не включение значимых других (ЗнДр) в стратегию психологического воздействия снижает возможность совладания с болезнью. В связи с этим ключевым в нашем подходе становится определение ЗнДр как того, кто влияет или может оказать влияние на мотивационно-смысловую сферу, образ Я, внутреннюю картину болезни пациента.

Исходная гипотеза нашего исследования - *идентификация пациента с реальными или идеальными значимыми другими позволит ему освоить «культурные средства» совладающего поведения* (Л.С. Выготский). Для ее проверки был разработан ряд вопросов, анализирующих 5 систем отношений пациента с: 1) врачами, 2) членами семьи и родственниками, 3) близким и широким кругом общения, обществом, 4) другим пациентом, сообществом пациентов, 5) Я (с самим собой). В исследовании приняли участие 27 респондентов (20 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 27 до 60, с различными диагнозами – лимфома Ходжкина, РМЖ, рак шейки матки, лейкоз, рак прямой кишки).

При определении степени влияния на стили поведения, эмоциональное состояние и мотивационную сферу личности, пациенты разделились следующим образом: 15 (55,5%) респондентов поставили на первое место самих себя; 18 (67%) респондентов поставили на второе место врача; 10 (37%) респондентов на третье место - родных и близкий круг общения; 10 (37%) пациентов поставили на четвертое место широкий круг общения и СМИ. Пациенты чаще воспринимают самих себя как активных субъектов преодоления кризиса и только во вторую очередь – врачей, родных и близких как людей, влияющих на смену их ценностей и смысловых установок. При этом 25 (93%) респондентов отмечают, что направленно не ищут и не используют стратегии изменения или поддержания своего психологического состояния.

Респонденты описывали следующие модели взаимодействия со значимыми другими, приводившие к изменению их психологического состояния: 1) пример позитивной или негативной валентности; 2) носитель позитивного опыта и значимой информации; 3) замещающая фигура (эмоциональная и информационная поддержка); 4) фигура, принимающая особенности и чувства больного; 5) близкие родственные отношения (эмоциональная поддержка, материальная, бытовая, функциональная зависимость); 6) референтная группа; 7) наличие смысла жизни; 8) человек, знающий, что нужно делать. В целом же исследование показало, что психотерапевтический потенциал культурных практик взаимодействия со значимыми другими для преодоления экзистенциального кризиса фактически не используется в практике лечения и реабилитации онкологических больных.

Ψ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ФОРУМ-ТЕАТРА В РАБОТЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

А. В. Бобрикова,
психолог-консультант,
Минск

Форум-театр – это методика интерактивной работы среди разных слоев общества, направленная на решение социальных проблем.

Сущность методики форум-театра - это поиск путей решения проблемы или выхода из сложной жизненной ситуации в рамках предложенного спектакля.

Форум-театр - методика, еще мало распространенная в Белоруссии, хотя она давно и эффективно используется во многих странах мира как средство сделать общество более счастливым; как способ открыть самого себя и других, определить и выразить желания; средство, способное изменить обстоятельства, причиняющие несчастья и боль; средство найти решение, приносящее мир. Темами спектаклей форум-театра могут быть разнообразнейшие проблемы общества: отношения между членами семьи, сотрудниками, представителями разных наций, культур, религий, проблемы ВИЧ-инфицированных, людей с ограниченными возможностями, вопросы здорового образа жизни, наркомании, алкоголизма, торговли людьми и т.п.

Эта методика использует опыт тренингов и интерактивного театра. Объединяя техники предоставления информации и навыков через тренинги и влияние на подсознание через чувства, вызываемые созданными в интерактивном театре художественными образами, форум-театр влияет на эмоциональный интеллект человека, формируя креативный подход к решению проблемы.

Во время участия в форум-театре зрители имеют возможность не только ознакомиться с трудной ситуацией, как в интерактивном театре, или получить информацию, как во время тренинга, а и **РАЗРАБОТАТЬ АЛГОРИТМ, СОЗДАТЬ МОДЕЛЬ** успешного поведения в сложной, на первый взгляд - безвыходной, ситуации.

Каждый спектакль форум-театра уникален, так как в нем принимают участие не только актеры, но и зрители. В ходе спектакля актеры разыгрывают хорошо знакомую зрителям проблемную ситуацию из реальной жизни, а зрители в течение нескольких часов «проживают» эту ситуацию, пропуская ее сквозь себя, представляя себя на месте главного героя и стараясь изменить ситуацию к лучшему.

Играя роль вместо актера, зритель глубже погружается в эмоциональные переживания главного персонажа, ощущая результат своего вмешательства. Попытка собственного участия может привести зрителя к иному взгляду на проблему, и вероятна возможность нахождения иного выхода из сложной ситуации. Аудитория вовлечена в процесс сопереживания, драма, разыгранная актерами, становится драмой зрителей.

Зрители, наблюдая за событиями, разворачивающимися на сцене, узнавая ситуацию, имеют возможность оценить поведение человека со стороны и высказать свое видение изменения поведения участников событий, которые приведут к улучшению ситуации в целом. Таких способов улучшения ситуации может быть много, ведь у каждого из зрителей – свой собственный опыт решения проблемы, и он готов поделиться этим опытом с другими.

Одной из особенностей форум-театра является отсутствие рекомендаций зрителям, как необходимо вести себя, ведь каждый человек делает свой выбор сам, и никто не может ему сказать, как надо поступать в конкретной ситуации. В ходе постановки каждый человек может приостановить ход спектакля, чтобы собственным примером показать, как, на его взгляд, протагонист мог бы изменить ситуацию к лучшему.

Подготовка проходит в три основных этапа. *Первый этап* связан с выбором проблемы.

Второй этап связан непосредственно с разработкой сценария, а *третий* – это репетиция мизансцен и спектакля в целом, при условии что актеры, участники «Форум-спектакля», обучены основам актерского мастерства и интерактивной технике «Форум-театр».

В самом спектакле-форуме необходимо выделить фазы, которые и являются его методической основой.

Разогрев. Телесные упражнения и игры, которые проводятся с целью раскрепощения участников представления, снятия мышечных зажимов. Кроме того, они помогают установить контакты на вербальном и невербальном уровнях между актерами и зрителями. Такие упражнения помогают зрителям быстрее войти в атмосферу театрального действия и не бояться стать участниками представления. Упражнения проводятся в течение 15–20 минут в определенной последовательности и, усложняясь по содержанию и эмоциональности, вовлекают все большее число участников в действие.

Все упражнения проводятся в кругу. Поэтому и актеры, и зрители-участники могут познакомиться, видя перед собой лица друг друга. Разогрев включает в себя 4 основных упражнения: «Приветствие», «Узел», «Человек к человеку», «Гипноз». Необходимо, чтобы актеры сами были активными, раскрепощенными, находчивыми и эмоциональными, – только таким образом удастся подготовить и «зарядить» зрителей-участников для работы в интерактиве. По окончании фазы разогрева зрители садятся на свои места, и после небольшого вступительного слова психолога, ведущего спектакль, и приготовлений актеров к спектаклю начинается следующая фаза.

Действие. В этой фазе вниманию зрителей предлагается 12–15-минутная инсценировка из 4–6 мизансцен, которая заканчивается стоп-кадром. Финальная сцена не завершена, зрителям предлагается предугадать исход событий. Вначале со зрителями обсуждают проблему, пытаются предсказать последствия поведения героев, происходит обмен чувствами, рефлексия. Затем переход в следующую фазу – начало дискуссии (это может быть как монолог, так и диалог).

Форум. Эта фаза является очень важной во всей интерактивной работе. На этом этапе предлагается неполная замена зрителями ролей актеров. Остановившая по своему усмотрению актеров в мизансцене, зрители пытаются предложить идеальный, по их мнению, вариант исхода событий.

Зритель может включаться в сцены спектакля постепенно, сначала проговаривая роль, а затем проигрывая ее. Главное в этой фазе — психологическая и эмоциональная поддержка со стороны психолога, актеров и зрителей. Ведь в форум-спектаклях нет однозначных ответов на вопросы, как не может быть и идеального варианта разрешения конфликтной ситуации.

Следует обратить особое внимание на реакцию зрителей, не выходящих на сцену. Они могут дискутировать друг с другом, обсуждать варианты и даже мешать действию, но это является важным элементом интерактивной техники, так как показывает, насколько глубоко проблема задела зрителей, насколько она важна для них.

Актерами при этом осуществляется особый прием. Подыгрывая и импровизируя вместе со зрителями, они в то же время не позволяют ситуации стать идеально разрешимой, что вызывает легкую фрустрацию у зрителей. Это дает возможность искать все новые и новые пути решения проблемы.

Эта фаза спектакля может продолжаться 2—3 часа, ее продолжительность зависит от того, насколько будут интересны варианты решения проблем в каждой мизансцене. При этом особая роль принадлежит психологу, ведущему форум-спектакль.

Наш пока еще небольшой опыт касается использования методики форум-театра для работы с онкологическими пациентами. Фокусом работы являются коммуникативные проблемы, с которыми онкологические пациенты сталкиваются при общении с родственниками, с врачами и прочим медицинским персоналом, с «большим миром», в котором они ощущают себя стигматизированными.

Форум-театр дает возможность не только осознать проблему и сформировать отношение человека к негативному явлению, но и получить навыки поиска путей для решения проблемы с использованием собственного опыта и опыта других людей, включая возможности подсознания и эмоционального интеллекта.

ψ

ОТКРЫТАЯ ГРУППА В СТАЦИОНАРЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЛООД, КУЗЬМОЛОВО, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Вагайцева Маргарита Валерьевна,
*мед. психолог
Хосписа №1, Лахта,
Санкт-Петербург*

В современной России существуют прекрасные традиции рассмотрения онкологического заболевания в био-психо-социальном ключе. В Ленинграде в 1926 г. был создан Научно-исследовательский институт онкологии, который теперь носит имя Николая Николаевича Петрова, основоположника онкологии в нашей стране. Н.Н.Петров придавал большое значение личности пациента при лечении рака. Наверное, поэтому неслучайно первые психологические исследования онкологических больных в нашей стране были проведены еще во второй половине 70-х годов прошлого века именно в этом институте.

Сегодня явственно прослеживается возвращение к тройственному восприятию этого заболевания. Возрастает понимание важности оказания психологической помощи людям, столкнувшимся с ситуацией рака.

Одним из таких позитивных примеров стало привлечение психологов в Ленинградский Областной Онкологический Диспансер (ЛООД).

В период с января по июнь 2014 года в рамках пилотной программы проводилась групповая и индивидуальная работа с пациентами стационара отделения мастэктомии. Группы проводились два раза в месяц. Особенностью данной работы является высокая степень неопределенности состава группы, уровня ее гомогенности. Работа признается успешной заказчиком, пациентами, наблюдателями и самой ведущей.

В докладе будет отражен выраженный специфический опыт ведения открытых групп с женщинами с диагнозом рак молочной железы в период хирургического вмешательства.

ψ

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

М.А. Гусева

Автономная некоммерческая организация по реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями «Дети», директор, клинический психолог, детский аналитический психолог

Реабилитационный лагерь для детей с онкологическими заболеваниями – очень эффективная технология психолого-социальной реабилитации, признанная во всем мире. В России первая реабилитационная лагерная смена проведена летом 2006 г. АНО «Дети» совместно с ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» МЗ РФ. В 2007 г. этот опыт транслирован в Ростов-на-Дону, Новосибирск, Хабаровск, Владивосток, Якутск, где при методической и финансовой помощи АНО «Дети» прошли реабилитационные лагерные смены. К сожалению, этот опыт «прижился» только в Ростове-на-Дону, где летние лагерные 2-х недельные смены проходят ежегодно с 2007 г. Устойчивость программы связана с тем, что в течение многих лет в онкогематологическом отделении детской областной больницы Ростова-на-Дону эффективно работает психолого-социальная служба, с 2009 г. функционирует семейный клуб. Все три структуры (лагерь,

клуб, служба) входят в единую систему реабилитации Ростова-на-Дону и курируются заведующим и психологом онкогематологического отделения. В 2013 г. опыт проведения реабилитационного лагеря был также воспроизведен в Челябинске и Самаре.

С 2009 г. мы проводим лагерь 2 раза в год: зимняя 10-дневная и летняя 21-дневная смены на базе детского санатория, куда приезжают дети (многие многократно) с онкологическими заболеваниями и здоровые сиблинги в возрасте от 6 до 18 лет (50-65 человек летом; 30-45 – зимой). За 9 лет проведения лагерных реабилитационных программ ее участниками стали более 400 детей из Москвы, Московской области, ЦФО, Самары, Оренбурга, Украины; количество смен, проведенных одним ребенком, не ограничено. Более того, по рекомендации психолога, часть детей приезжает в лагерь много лет подряд, что обеспечивает необходимую длительность реабилитационного процесса.

В лагерь вместе с детьми приезжает специально подготовленная команда специалистов: врач-детский онколог, психологи, арт-терапевт, педагоги, вожатые (10-12 человек). Психолог в лагере – ключевая фигура; помогает педагогическому коллективу выстроить эмоционально-безопасную среду с безусловным принятием каждого ребенка.

Роль психолога не ограничивается только работой во время смены. Задолго до ее начала вместе с другими членами команды он определяет цели, задачи, направления реабилитационной работы, что ложится в основу психолого-педагогической программы. Программа выстраивается с учетом индивидуальных особенностей болевших детей и сиблингов (возраст, вероисповедание, национальность, медицинские показания и противопоказания и пр.). Важную роль играет понимание психологом характера групповых процессов, групповой динамики.

Психолог отбирает и готовит команду специалистов для лагеря. С этой же целью он проводит программу «школа вожатых» на базе городского клуба. Большинство слушателей – подростки и молодые взрослые – бывшие пациенты и сиблинги, которые участвовали в лагерных сменах.

Психолог участвует в отборе детей в лагерь, для чего проводит семейные консультации, индивидуальные консультации с детьми, семинары и беседы с родителями и врачами в онкогематологических клиниках г. Москвы. Основными задачами этой работы является информирование, снижение уровня тревоги в детско-родительской подсистеме, подготовка родителей и детей к лагерной смене, на которую ребенок приезжает без мамы, часто впервые. Эта работа является не только частью подготовки к лагерю, но и важным элементом семейной реабилитации, проводимой в городском клубе.

Говоря о работе в лагере, нужно отметить, что характерной особенностью является цикличность протекания лагерной смены, которую можно условно описать как последовательный ряд этапов и представить в виде графика, где есть «спады», «подъемы» и «плато». Первый этап – адаптация ребенка к новой для него обстановке – 3-5 дней (реже 7). В этот период особенно важно создать условия для формирования у ребенка новых паттернов эффективного взаимодействия с детьми и взрослыми, дать ему почувствовать, что он здесь принят, что его чувства и мысли, независимо от их содержания, интересны

окружающим детям и взрослым, что он может их свободно выражать. Важно простроить границы (правила, расписание занятий, режим), в рамках которых дети чувствуют себя свободно и, одновременно, безопасно («размытые» границы ведут к диффузии и повышению тревоги).

С первого дня организуются командные игры (заранее подготовленные психологом), групповые занятия с психологом, ежевечерний «круг» для каждого отряда, который проводится только психологом, и по своим задачам является терапевтической группой. Важно отметить динамику такой группы: к концу смены многие дети научаются понимать свои чувства и свободно их выражать в группе. На первом этапе проводится поход, который становится для большинства детей новым опытом. В необычных условиях ребенок легче находит место в сложно структурированном коллективе.

Второй этап – самый творческий и насыщенный событиями. Он также длится около недели, и на графике его можно было бы представить резким «подъемом» кривой вверх. Этот период важно использовать для того, чтобы дети смогли попробовать свои силы и добиться успехов в разных видах деятельности (творческие мастерские, клубы по интересам: театр, стрельба, йога, фотоохота, экскурсии, танцы, фехтование, компьютерный дизайн, сайтостроение и пр.). Второй этап нацелен на «достижения» (кривая неуклонно растет вверх) и заканчивается как будто неожиданным «спадом» интереса и работоспособности. Здесь задача психолога – «вывести детей на плато», простроив программу таким образом, чтобы они смогли получить «второе дыхание». В это время интенсивность программы снижается – прием гостей (спонсоры, родители и пр.), экскурсии; дети получают новые впечатления и «копят силы». Третий этап начинается на «плато» (нельзя начинать его во время «спада»), «кривая» опять идет вверх и заканчивается кульминацией – как правило, театрализованным карнавалом, для которого дети сами готовят себе костюмы и программу. Таким образом, постоянная корректировка программы вместе с командой – важная задача работы психолога.

Наша трехнедельная программа с ее цикличностью, когда ребенок находится то на подъеме, то на спаде, способствует формированию у него новых паттернов поведения, помогающих адаптации в реальных жизненных коллизиях. Фокус нашей работы – реальные отношения с их трудностями и проблемами, а не зона повышенного комфорта, которую ребенок имеет дома в условиях гиперопеки. Мы позволяем ребенку пережить конфликты, получить новый опыт, интериоризировать его и выработать новые копинг-стратегии. Это можно сделать только в условиях длительной смены. Мы выстраиваем программу таким образом, чтобы в лагере ребенок не чувствовал себя, как «в утробе», укрепляя свое детское «всемогущество» и идею, что он «самый лучший».

В реальных отношениях в лагере ребенок справляется с трудными для него задачами, что, естественно, повышает его самооценку без помощи окружающих взрослых, твердящих: «Ты молодец, ты самый лучший», что может формировать зависимые отношения: «Я от тебя завишу, потому что только ты говоришь мне, что я молодец». Коллектив взрослых обеспечивает ребенку эмоциональную поддержку, отражая его чувства, и когда он справился, и когда нет (ты не справился и сейчас тебе обидно, ты злишься, но ты сможешь

пробовать еще и еще, и однажды это у тебя получится). Когда мы искусственно создаем ребенку ситуации, в которых он обязательно будет победителем, в реальной жизни это может усилить дезадаптацию, привести к утрате веры в свои силы.

Психолог в лагере проводит индивидуальную и групповую работу. С первого дня отбирает детей для индивидуальных психотерапевтических сессий (3-4 сессии в летнюю смену, 2-3 в зимнюю) с использованием метода песочной терапии и различных видов игровой терапии. Отбираются все здоровые сиблинги; дети из ситуации множественной травмы; дети с нарушением развития (задержка психического развития соматогенной природы); дети, склонные к блокированию чувств; дети с различными поведенческими девиациями. Интересно, что полугодовые перерывы в терапии между лагерными сменами не отражаются негативно на динамике пациентов, наоборот, создается впечатление, что психика «использовала» это время для того, чтобы ассимилировать полученный новый опыт.

Таким образом, роль психолога в лагере трудно переоценить. Лагерь – это очень важный этап региональной системы комплексной реабилитации, который, тем не менее, не исчерпывает и не решает все реабилитационные задачи. Поэтому ключевое значение имеет работа одних и тех же специалистов (ядро команды) на всех этапах: в клинике, в клубе, и в лагере, что обеспечивает преемственность и цельность реабилитационного поля, в котором оказывается семья с ребенком.

Ψ

ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

М.А. Гусева

Автономная некоммерческая организация по реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями «Дети», директор, клинический психолог, детский аналитический психолог

Г.Я. Цейтлин

Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле», заместитель директора по научной и медико-социальной работе, доктор медицинских наук, профессор

Онкологическое заболевание у ребенка ставит перед семьей необходимость сверхбыстрого изменения ее структурной организации и образа жизни, фиксируя семейную систему на определенном этапе развития и подчиняя функционирование одной цели – вылечить ребенка. Дисфункциональная перестройка, носящая поначалу адаптивный характер, после окончания лечения тормозит развитие семейной системы, которая становится ригидной и перестает отвечать на «плановые» жизненные задачи, возникающие перед семьей в ее продвижении по стадиям жизненного цикла. Онкологическое заболевание у ребенка в таком случае может стать единственным «надежным» стабилизатором семейной системы, что нередко проявляется в «инвалидизации» ребенка родителями и их упорном подсознательном нежелании признавать его выздоровление.

Исследование семей, имеющих ребенка в длительной ремиссии различных онкологических заболеваний, выполнено в 2008-2012 гг. в реабилитационном центре «Русское поле» совместно с кафедрой Социологии семьи и демографии МГУ им. М.В. Ломоносова (зав. кафедрой проф. А.И. Антонов); обследовано 1300 семей (1085 матерей) из 78 регионов Российской Федерации.

Эти семьи можно охарактеризовать следующим образом: длительная высокая тревога в семейной системе; изменение ее структуры и параметров; перераспределение семейных функций с образованием функциональных пустот и новых функциональных ролей; инверсия сиблинговых ролей; фрустрирование потребностей отдельных членов семьи в пользу удовлетворения потребностей болеющего ребенка; переживание членами семьи многочисленных утрат: привычных целей, ориентиров, планов семьи, жизненной перспективы и др.; нарушения внутрисемейной коммуникации, табуирование значимых тем; поляризованная модель детско-родительских отношений – «гиперопека» и «гипоопека»; подавление членами семьи своих чувств, особенно негативных. При беседе с членами этих семей наиболее частыми являются жалобы на нервно-психическое напряжение, страх и неуверенность в завтрашнем дне, беспомощность, страх рецидива.

Наиболее существенные изменения происходят в структуре семейной системы сразу после установления диагноза и связаны со степенью вовлеченности членов семьи в процесс ухода за больным ребенком: образуется дисфункциональная вертикальная подсистема «ухаживающий родитель – больной ребенок», при этом часто симбиотические отношения в этой диаде являются условием успешности лечения. Ухаживающий родитель (чаще мать) несет на себе основную тяжесть ухода, при этом, не выполняя многие другие свои функции, например, по воспитанию и уходу за здоровыми детьми в семье, и, если эти функции не подхватываются другими членами семьи, то могут образовываться «функциональные пустоты» или несвойственные другим членам семьи функциональные роли. Например, в неполных и многодетных семьях здоровые сиблинги часто становятся функциональными мамами или папами своим братьям и сестрам. Члены семьи, не входящие в диаду «больной ребенок-ухаживающий родитель», (обычно, отец и здоровые сиблинги), будучи дистанцированы от ситуации лечения и больше связаны с социумом, переживают ряд утрат (привычного образа жизни, жизненной перспективы, планов, ценностей и пр.) и, связанные с ними, чувства гнева и вины, не всегда осознанные и проявляющие себя в негативной симптоматике и защитном поведении - психосоматических, сексуальных, эмоциональных расстройств; поведенческих девиациях: аутизации и изоляции, агрессивном и аутоагрессивном, зависимом поведении.

Меняются основные параметры семейной системы. Выстраиваются жесткие внешние границы с окружением и, соответственно, «размываются» внутренние границы между подсистемами и индивидами, что связано с рядом причин: со стигмами и мифами онкологических заболеваний; с косметическими дефектами у ребенка (алопеция, рубцы, ожирение и др.); с необходимостью ограничения внешних контактов ребенка, получающего химиотерапию. Стигмы и изменения внешности часто вызывают даже у самых

любящих и образованных родителей чувство стыда и, как следствие, делают семью очень мнительной, что может вести к неосознанному эмоциональному отвержению ребенка и к самоизоляции от социума.

Факт изменения отношений с родственниками, друзьями, соседями отметили более половины респонденток (54,6%): «свекровь искала виноватых в болезни сына в моей семье», «родственники боялись, что моя дочь заразна, не подпускали к ней своих детей», «почти все отвернулись: и друзья, и родственники, и коллеги», и др. Нарушение отношений в расширенной семье часто ухудшает психологическое, моральное и материальное состояние членов ядерной семьи, усиливает их чувство вины, беспомощности и тревоги, а также негативно влияет на детско-родительские и супружеские отношения.

Детско-родительские отношения в семьях с несколькими детьми, как правило, выстраиваются по модели «гиперопека-гипоопека» (чрезмерное внимание к больному ребенку и дистанцирование от здорового, а в редких случаях, – наоборот). В этой ситуации дети (чаще здоровые сиблинги) чувствуют себя отверженными: «Меня не любят», – и поэтому заключают: «Я плохой».

Проведенное в «Русском поле» исследование показывает, что кардинальные изменения во внутрисемейных взаимодействиях происходят в раннем периоде противоопухолевого лечения. Подобно тому, как поляризуются детско-родительские отношения (гиперопека-гипоопека), поляризуются и отношения между родителями (сплочение-разрыв). Около половины респондентов считают, что их отношения изменились в связи с онкологическим заболеванием у ребенка: 26.2% - в лучшую сторону; 10.3% - в худшую; 8.1% - развелись или перестали поддерживать отношения.

Нарушения коммуникативной функции в этих семьях усугубляются табуированием тем, связанных с диагнозом и прогнозом заболевания, что ведет к переживанию детьми депривации, фрустрирует их потребность в информационной поддержке, создает ложное убеждение о неизлечимости, социальной неодобряемости онкологического заболевания, возбуждает и усиливает страх смерти. Известны случаи, когда «соучастником» замалчивания правды становится сиблинг, что серьезно нарушает отношения в сиблинговой подсистеме, иерархизируя ее, а также влечет за собой переживание здоровыми сиблингами чрезмерной ответственности.

Таким образом, онкологическое заболевание у ребенка связано с глобальной «перестройкой» семейной системы, адаптирующей ее к кризисной ситуации. Вследствие ригидности семейной системы, связанной с ее неизменным стремлением к сохранению своей структуры (гомеостаз), усиливающейся страхом развития рецидива, семейные дисфункции надолго сохраняются и углубляются, нарушая адаптацию всех членов семейной системы.

ψ

НОВЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, С ПОЗИТИВНЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ НАСТРОЕМ - КАК МОЩНОЕ СРЕДСТВО В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ

Демиденко Светлана Александровна
Нижевартовский онкологический диспансер
Медицинский психолог, онкопсихолог,
инструктор по лечебной физкультуре
Нижевартовск

Каждый человек хочет быть здоровым. Осознание того, что здоровье – самая большая ценность, приходит к человеку иногда слишком поздно. А ведь еще Сократ сказал: «Здоровье – это еще не всё, но всё без здоровья – ничто». Как же достигнуть этого блага, если у человека тяжелое заболевание, и он оказался в онкологическом диспансере? На помощь приходят врачи, онкологи, хирурги, психологи, а вот роль лечебной физкультуры, физических упражнений немного недооценена. «Движения составляют главный источник здоровья, бездействие есть могила здоровья, движения могут заменить лекарства, между тем как всевозможные лекарства вместе взятые никогда не могут заменить движений»- говорил, врач, Тиссо ,18 век, Франция.

Обстановка в хирургическом отделении, ожидание операции, послеоперационный период, ограничение двигательной активности в стационаре способствуют развитию гиподинамии и психастении. Данные факты и определяют основные задачи лечебной физкультуры – повысить общий тонус организма, отвлечь пациента от мыслей о предстоящей операции, болезни, улучшить функциональное состояние сердечнососудистой и дыхательной систем и всего организма в целом. Именно поэтому ЛФК может с большим успехом применяться не только для более быстрого и полного восстановления здоровья больного, но и для предупреждения последствий оперативных вмешательств, повысить резервные возможности организма. Лечебная физкультура, является важнейшим элементом реабилитации больного, обладает мощным психотерапевтическим воздействием, также включена в программу восстановительного лечения онкологических больных. Занятия физическими упражнениями обладает многими преимуществами. Физические упражнения благотворно сказываются на здоровье организма.

Для онкологических пациентов, чем может быть полезна лечебная физкультура? Какие же улучшения, какой позитивный эффект дают физические нагрузки у онкологических больных?

1.Регулярные физические упражнения обеспечивают не только улучшение физической формы, но возвращают чувство счастья и благополучия после лечения, что способствует ускорению выздоровления. Сегодня достоверно установлено, что регулярные физические упражнения укрепляюще действуют на иммунную систему, повышают самооценку и снижают риск тревожных состояний и депрессии, упражнения снимают чувство тревоги, снижают стресс и улучшают настроение, посредством способствования выработке

эндорфинов во время тренировки. Упражнения служат причиной появления положительных чувств, которые способствуют хорошему настроению и вызывают ощущение благополучия и эйфорию помогая предотвратить депрессию. Почти в любой форме тренировка может служить лекарством от стресса, поскольку она помогает повысить уровень позитивных эндорфинов в организме, не только тонизирует, но и нормализует сон.

2. Новые исследования показали, что физические упражнения не только безопасны во время лечения рака, но они могут ослабить симптомы и улучшить качество жизни, увеличивается продолжительность жизни. Уменьшают тошноту и усталость, помогают контролировать вес тела, уменьшается зависимость от других людей при выполнении повседневных задач, укрепить кости, занятия физическими упражнениями улучшают минеральную плотность костной ткани и снижают риск развития остеопороза. Действие эндорфинов можно сравнить с действием анальгетиков, что значит, что они снижают восприятие боли. Также их действие можно определить как седативное.

3. Занятия физическими упражнениями снижают риск возникновения рака толстой кишки. Люди, которые тратят больше времени на ходьбу и участие в других физической активностях, с меньшей вероятностью диагностируются раком толстой кишки. Кроме того, исследования показывают, что физически активные люди, у которых развивается рак толстой кишки, обладают более высоким шансом на выживание, потому что их уровни инсулина и других гормонов в организме хорошо регулируются.

4. Занятия спортом снижают риск развития рака молочной железы. По данным исследований, женщины, которые занимаются физическими упражнениями, менее подвержены риску развития рака молочной железы. Благодаря тому, что физические упражнения помогают в управлении весом, которые занимаются спортом, являются более худыми и обладают более низкими уровнями эстрогена, который является одним из основных факторов в профилактике рака молочной железы.

5. Сегодня мы знаем, что физические упражнения являются одним из наиболее доказанных методов избавления от утомляемости, развившейся в результате болезни или лечения. Физические упражнения изменяют гормональный баланс. Они снижают избыток эстрогена и тестостерона, стимулирующих рост рака (в частности, рака груди, простаты, яичников, матки и яичек).

6. Психологический аспект. Занятия спортом в прямом смысле позволяют почувствовать себя живым, что имеет огромное значение для пациентов с раком, подверженных депрессии. Занятия физкультурой являются одним из наиболее мощных антистрессорных средств. Они активизируют работу сердечнососудистой системы, сжигают адреналин, в избытке выделяющийся надпочечниками во время стресса, повышают активность иммунной системы. Физическая нагрузка способствует выработке эндорфинов – «гормонов счастья», эмоциональное и психологическое состояние человека улучшается.

7. Дозированные нагрузки рекомендуются не только после первичного курса лечения, но и непосредственно в период химиотерапии. Занятия физическими упражнениями способствуют лучшему самочувствию пациенток

во время химиотерапии. Исследование показало, что такая активность пациенток улучшала как физическое состояние, так и эмоциональное. Уходят приступы тошноты. Улучшается процесс пищеварения и, соответственно, вывод из организма вредных элементов, появляющихся при приеме многих медицинских препаратов. Поддерживается в норме мышечная система, вес, физические возможности. Укрепляется иммунная система, значительно улучшается психологическое состояние. Все это положительно влияет на качество жизни, сколько бы ее ни было отмерено человеку.

8. Наиболее впечатляющие результаты исследований относительно рака груди – регулярные дозированные тренировки снижают вероятность рецидива на 40% (данные Nurses Health Study). Окончательно подтвержденными считаются данные о снижении частоты первичного и рецидивирующего рака молочной железы у женщин, регулярно занимающихся спортом.

9. Также заметен эффект занятий и при уже имеющемся раке: результаты основного, медикаментозного лечения при этом намного улучшаются, повышается способность клеток костного мозга к регенерации, что весьма важно при химической и лучевой терапии.

10. В настоящее время хорошо изучены влияния занятий спортом на риск возникновения опухоли и на прогноз выживаемости. Также найдены подтверждения улучшения долгосрочного прогноза выживаемости, в случае, когда после терапии пациенты возвращаются к физическим упражнениям.

11. Занятия физкультурой являются одним из наиболее мощных антистрессорных средств. Они активизируют работу сердечнососудистой системы, сжигают адреналин, в избытке выделяющийся надпочечниками во время стресса, повышают активность иммунной системы. Физическая нагрузка также способствует выработке эндорфинов – «гормонов счастья», поэтому эмоциональное и психологическое состояние человека улучшается.

Кроме физической гимнастики существует умственная гимнастика. Умственные гимнастики, психологические гимнастики базируются на вере в исцеление в совокупности с волей и положительным настроением, на оптимизме, на самопрограммировании исцеления и медитации.

Вера в исцеление необходима, так как она ускоряет процесс выздоровления и часто играет в этом решающую роль. Любое средство лечения дает необходимый эффект, если больной верит, что это средство вылечит его. Причем не важно, какое это средство – лечебный настой, лечебный продукт или упражнение. От веры зависит не только эффективность лечебного средства, но и активность самого больного. Особенно это касается больницы. Там люди, имеющие веру в свое выздоровление, активно и сознательно воспринимают лечебные процедуры, стараются улучшить качество своей жизни.

Любое физическое упражнение можно делать сколько угодно, прилагая все больше усилий, изнуряя себя тренировками, но прогресса может не быть. Дело в том, что недостаточно просто механически махать руками, ногами или приседать десятки раз. Нужно подключить сознание и делать это с верой в исцеление, выражаемой чувством победителя и положительным настроением на фоне эмоционального подъема и улыбки на лице. Веселость, жизнерадостность, чувство юмора и положительные эмоции благотворно влияют на организм.

В Нижневартковском онкологическом диспансере онкологическим пациентам оказывается и психологическая помощь и лечебная физкультура, которые дополняют друг друга. Упражнения выполняются с позитивным психологическим настроем, словесно – образным, эмоционально - волевым управлением сознанием, самовнушением, позитивными аффирмациями, положительными утверждениями, с элементами танцетерапии, йоготерапии, смехотерапии, музыкотерапии и заканчивается релаксацией или медитацией. Все эти методы в комплексе являются мощным оружием в борьбе с онкологией, так как вызывают положительные эмоции, которые повышают иммунитет, мобилизуют защитные силы, внутренние резервы организма, способствуют саморегуляции и самоактивации ресурсов, что необходимо для выздоровления и исцеления организма в целом.

Ψ

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И ЛОКУС КОНТРОЛЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Доброва Е.Г.

медицинский психолог,

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Красных Н.В.

медицинский психолог

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Шинкарев С.А.

д.м.н., профессор главный врач

*ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», главный
внештатный онколог управления здравоохранения Липецкой области*

Припачкина А.П.

д.м.н., профессор,

заместитель главного врача по организации лечебной работы

На сегодняшний день, когда злокачественные новообразования стоят на одном из первых мест в общей структуре системы заболеваний, одной из главных становится проблема изучения психологических особенностей личности онкологических больных и проблемы их реабилитации. Специфика онкологического заболевания несет серьезные психологические наслоения и в ситуации, где под угрозой находится не только здоровье, но и вся жизнь человека, значительным качественным изменениям подвержены ценностно-смысловые конструкторы в структуре личности.

Цель исследования - изучение особенностей системы ценностей и проявлений локуса контроля онкологических больных.

В качестве объекта исследования выступили ценностные ориентации и локус контроля в структуре личности.

Предметом работы явились особенности ценностных ориентаций и проявления локуса контроля онкологических больных.

В исследовании приняли участие две группы испытуемых:

1. 45 онкологических больных, находящихся на лечении в Липецком областном онкологическом диспансере.

2. 45 условно здоровых людей, не страдающих онкологическими заболеваниями, но относящиеся к категориям людей с другими компенсированными нарушениями здоровья (сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями печени и желчевыводящих путей, заболеваниями почек).

В первой группе (онкопациенты): 32 женщины, 13 мужчин, средний возраст – 43 года (в диапазоне от 25 до 69 лет). Во второй группе (условно здоровые): 29 женщин, 16 мужчин, средний возраст 39 лет (в диапазоне от 23 до 71лет).

Методы исследований: психодиагностические и математико-статистические методы исследований.

Основные методики:

Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.

Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адаптация Бажина Е.Ф., Голынкиной С.А., Эткинды А.М.).

В процессе экспериментального исследования ценностных ориентаций и локуса контроля онкологических больных были выявлены следующие закономерности.

1.Существуют различия в системе ценностных ориентаций онкологических больных и условно здоровых людей. В системе терминальных ценностей в группе онкологических больных прослеживается ориентация на семью, работу и высшие духовные ценности (мудрость, развитие, свобода, счастье других), тогда как люди, не страдающие онкологическими заболеваниями ориентированы на ценности активной продуктивной жизни, материальные блага и ценности семейно-бытового характера. То есть, осознание ограничения своих прежних возможностей, чувство собственной неполноценности заставляет онкологических больных переживать стесненную физическую и психологическую свободу. Возникающая в связи с этим боязнь оказаться зависимым, стать несостоятельным в повседневной жизни и обуславливает переживание ценностей свобода и работа как актуальных и значимых. Ценности перспективы – финансы, активная жизнь, общественное признание отходят на второй план, больные живут «здесь и теперь», обращаясь к ценностям своей повседневной жизни (семья, работа, счастье других).

В системе инструментальных ценностей у онкологических больных актуализируются такие этические ценности как честность, ответственность, ценности принятия других (чуткость, самоконтроль) и независимость как тенденция самоутверждения. Здоровые люди в большей степени выделяют как значимые ценности дела (рационализм, эффективность в делах, твердая воля) и такие этические ценности как воспитанность и честность. Таким образом, обостренное чувство существования, новые отношения с окружающими обуславливают восприятие онкологическими больными таких ценностей как независимость и чуткость в числе особо значимых. Наличие

внутреннего конфликта порождает сложную гамму переживаний: с одной стороны, нежелание быть в тягость окружающим, и потребность в сострадании – с другой. Эмоциональная неустойчивость, перепады настроения вынуждают онкологических больных к самодисциплине, что связано с заботой о родных и близких. Все это обуславливает у онкологических больных актуализацию таких ценностей как самоконтроль и ответственность. Ценности дела (рационализм, твердая воля, эффективность в делах) для онкологических больных не столь значимы по сравнению со здоровыми людьми, так как несут в себе аспект будущего, и в сложной ситуации «жизнь – смерть» больные стремятся реализовать ценности сегодняшнего дня.

2. Существуют различия в уровне субъективного контроля (УСК) в группах онкологических больных и здоровых людей. Профили УСК констатируют, что уровень субъективного контроля в изучаемой группе онкологических больных ниже, чем у условно здоровых испытуемых по всем измеренным шкалам. Наиболее отчетливо эта тенденция прослеживается в сфере семейных отношений, работы и здоровья. Экстернальность свидетельствует о том, что часто онкопациенты не видят связи между своими действиями и значимыми событиями в данных сферах жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков является результатом случая или действия других людей.

Выводы:

1. Экстремальная ситуация, в которой основой выступает парадигма «жизнь-смерть» погружает онкологических больных в особую ценностно-смысловую систему. Влияние болезненных симптомов на их жизнь выделяет в ценностной системе те аспекты, которые страдают в результате заболевания, и именно они обретают особую актуальность и значимость. Обуславливая качество и образ жизни онкологических больных, они определяют их ценностные ориентации.

2. Специфика онкологического заболевания определяет проявления локуса контроля больных. Симптоматика болезни, ущемляя онкологических больных в определенных сферах жизни, повышает их значимость, обуславливает активность и переживание «Я». Сложное психологическое состояние порождает разнообразную гамму переживаний, больные, как правило, чувствуют, что не в силах влиять на события своей жизни, что и определяет низкий уровень субъективного контроля.

Практическое применение результатов исследования возможно в медицинской психологии, сфере психотерапевтической помощи и реабилитации онкологических больных.

ψ

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ ГУЗ «ЛИПЕЦКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Доброва Е.Г.

медицинский психолог,

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Красных Н.В.

медицинский психолог

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Шинкарев С.А.

д.м.н., профессор главный врач

*ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», главный
внештатный онколог управления здравоохранения Липецкой области*

Припачкина А.П.

д.м.н., профессор,

заместитель главного врача по организации лечебной работы

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Многочисленные исследования в области онкопсихологии и практический опыт свидетельствуют, что после противоопухолевого лечения и выписки, более 80% женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы нуждаются в психокоррекции и психотерапии. В связи с этим, основной совместной задачей врача и психолога при лечении пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы нам видится использование всех возможностей современной медицины и психологии, чтобы помочь пациенткам обрести необходимые для борьбы с болезнью ресурсы - физические, психологические и личностные. В настоящее время в арсенале онкопсихологов имеется достаточно эффективных методик, которые являются усиливающими, вспомогательными, поддерживающими средствами для основного лечения и реабилитации женщин, больных раком молочной железы.

С января 2013 в ГУЗ «ЛООД» для пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы, находящихся на стационарном лечении организована групповая работа, построенная по принципу психообразовательной программы.

Цель программы: организация системы воздействий, направленных на информирование пациенток о заболевании и обучение методам совладающего поведения в ситуации болезни.

Задачи:

Информирование пациентов по вопросам лечения, питания, ЛФК, образа жизни, социально-правовым аспектам.

Обучение навыкам совладания с болезнью и оптимальной адаптации после перенесенного лечения.

Снижение уровня стигматизации и самостигматизированности.

Коррекция искаженных болезнью социальных позиций.

Обучение навыкам саморегуляции и амортизации стрессовых ситуаций.

Методы:

Преподавание.

Проблемно-ориентированная дискуссия.

Социально-психологический тренинг.

Структура программы.

Теоретический блок:

Лекционный материал с учетом возрастной и нозологической специфики.

Информационно-справочный тематический печатный материал для пациентов.

Практический блок.:

1. Обучение навыкам психофизической релаксации, дыхательные упражнения.

2. Элементы телесно - ориентированной терапии (упражнения на построение целостности тела, работа с тоническим напряжением).

Проблемно-ориентированная дискуссия по запланированной тематике, обмен опытом.

За 1,5 года применения психообразовательной программы психологическую помощь получили 724 пациентки со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Работа психообразовательной группы проводится в хирургическом отделении еженедельно. За время лечения в стационаре каждая пациентка дважды принимает участие в работе группы, а также получает психологическое сопровождение в форме индивидуальных консультаций.

Продолжительность занятия 45 - 60 мин. Форма работы - структурированное тематическое консультирование, направленное на информирование и обучение пациенток.

После занятия пациентки получают тематические буклеты:

- Профилактика лимфатического отека.
- Особенности питания в период специального лечения.
- Методы психологической самопомощи.

Эффекты применения психообразовательной программы:

Снижение психоэмоционального напряжения, уровня ситуативной тревоги.

Взаимная поддержка.

3.Овладение знаниями и практическими навыками психологической самопомощи.

Выводы:

1. Анализ результатов применения психообразовательной программы показывает снижение уровня ситуативной тревоги с высокого до умеренного у 84% пациенток из общего числа женщин, прошедших обучение (724 пациентки).

2. Клинические наблюдения за пациентками свидетельствуют о стабилизации настроения, снижении антивитальных переживаний, улучшении коммуникативных навыков. Кроме того, осознание и принятие ситуации болезни пациентками на этапе стационарного лечения, помогает сохранить максимальную приверженность лечению в дальнейшем.

Ψ

ПСИХОЛОГ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ

Захарова Вера Юрьевна

психолог,

руководитель РБОО «Помогая другим – помогаешь себе»

Казанская Наталия Кареновна

психолог,

РБОО «Помогая другим – помогаешь себе»

Позвольте представить вашему вниманию опыт работы социального проекта «Помогая другим – помогаешь себе», в рамках которого психологи с инвалидностью оказывают бесплатную дистанционную психологическую помощь всем желающим (через переписку в интернете, по Телефону доверия и по Скайпу). На первый взгляд может показаться, что наш проект не касается напрямую тематики сегодняшнего съезда.

На самом деле, в экзистенциальном смысле у психологов нашего проекта гораздо больше точек соприкосновения с онкологическими больными, чем у кого-то другого. Наши психологи с инвалидностью имеют многолетний опыт тесного контакта со своим заболеванием или тяжелой травмой, которые чаще всего носят прогрессирующий характер (среди них маломобильные чудом выжившие травматик, колясочники, люди с редкими заболеваниями, слабовидящие или незрячие). Любое прогрессирующее заболевание мучительно для человека, и не только в плане нынешней ситуации, но и в прогнозах на будущее: человек страдает не только от беспомощности и чувства своей ненужности, боится не только боли, но и зависимости от других, боится стать им в тягость (так уж устроен отечественный социум, что эти тяготы ложатся преимущественно на плечи близких). Это отчаянная ситуация, добавляющая страдания больному человеку.

Сталкиваясь с предельными страданиями, человек зачастую вынужден выходить за рамки традиционного языка, он ищет новый язык, на котором можно говорить об этих страданиях и отчаянии. Раньше эта тема была преимущественно прерогативой религии, имеющей свой особенный язык. Виктор Франкл в рамках логотерапии заговорил об этом на языке психологии. Наши особые психологи разделяют подходы логотерапии Франкла. Они годами, каждый поодиночке, осознавали личный повседневный опыт своей тяжелой болезни, переосмысливая и интегрируя этот опыт. В проекте

«Помогая другим – помогаешь себе» мы объединяем свой опыт и вместе ищем те слова, которыми можно говорить о непереносимых страданиях с другими. Чтобы помочь другим в нелегкой внутренней работе по осознанному принятию всех обстоятельств жизни, пытаюсь до конца понять смысл происходящего, до конца проживая любое обстоятельство жизни. Для многих клиентов проекта факт того, что наши консультанты имеют свой опыт инвалидности, является дополнительным фактором доверия.

Кроме того, в названии нашего проекта заключен особый экзистенциальный смысл и ключ к пониманию еще одной важной проблемы. В нашем обществе привычным считается **давать что-то** в некой активной форме. Гораздо труднее принять мысль, что можно **дать другому** что-то очень важное, находясь в обессиленном, или даже лежащем положении. Возможность для человека осознать, что дать другому шанс помочь тебе – это не только бремя, тяжесть или страдание – но это и возможность тому, кто помогает, открыть в самом себе что-то ценное, приобрести что-то важное для себя. В нашем проекте мы даем людям такой шанс.

Мы относимся к болезни не как к препятствию, но как к объективно тяжелому страданию, бросающему для нас экзистенциальный вызов. Болезнь – это то, что побуждает нас к работе, к работе честной, искренней, качественной.

Да, среди наших психологов с инвалидностью нет перенесших онкологию. Но с вопросами онкологии нашим психологам приходится вплотную сталкиваться как на профессиональном уровне (на Телефон доверия проекта порой звонят сами онкобольные или их родственники, мы тесно дружим с проектом СО-действие, я сама являюсь волонтером Горячей линии для онкобольных и их близких), так и на личностном (одна из психологов проекта - маломобильный травматик - мать троих детей, один из ее пожилых родителей болен раком). Но если появится психолог и с таким диагнозом, мы будем рады принять его в наш дружный, сплоченный коллектив. К слову сказать, теперь в проекте кроме недавних выпускников МГППУ работают несколько психологов с инвалидностью с большим профессиональным опытом, в том числе из других городов. Хотя в целом, психолог с инвалидностью для России – это новое социальное явление.

Своей работой в проекте наши консультанты способствуют разрушению привычного стереотипа: «люди с инвалидностью – это обуза для общества, они всегда нуждаются в помощи». Наши психологи с инвалидностью, напротив, сами эффективно помогают другим людям.

Уникальность проекта заключается не только в том, что он призван оказывать помощь в профессиональной самореализации людям с пока еще редкой для людей с инвалидностью профессией психолога. Но и в том, что в проекте успешно реализована модель полностью дистанционного консультативного центра, максимально удобного как для клиентов, так и для консультантов, которые из-за своей инвалидности лишены возможности свободно перемещаться по городу.

В ближайшие месяцы мы надеемся выпустить методическую брошюру, где обобщим наш опыт организации, технического обеспечения и методологического сопровождения разных направлений деятельности дистанционной психологической службы на основе использования

новейших компьютерных технологий. Надеемся, материалы этой брошюры окажутся полезными многим специалистам, работающим с онкопациентами и их близкими. Наши технологии могут быть использованы как для профессиональной, в том числе и психологической реабилитации выздоравливающих онкопациентов, так и для профессионального сопровождения самих онкопсихологов. Вот только некоторый перечень форматов, которые могут с успехом применяться в онкопсихологии:

А) для онкобольных и их близких: дистанционные группы общения, встречи со специалистами в оболочке интернет-конференции или по скайпу, группы дистанционной творческой реабилитации;

Б) для онкопсихологов: постобучающее дистанционное сопровождение онкопсихологов, прошедших повышение квалификации в Москве, в особенности тех, кто проживает в отдаленных регионах страны, организация дистанционных региональных сообществ, онлайн-площадок, где можно делиться своим опытом, обсуждать трудные случаи, обращаться за супервизией и интервизией.

Честно говоря, мы и сами были удивлены, какой широкий общественный резонанс получил наш проект (сайт проекта romogaya-drugim.ru). Он вошел в число лучших социальных практик России. Публичная презентация проекта осуществлялась на различных международных конференциях, в Общественной палате РФ, на 3-м Социальном Форуме России, во многих центральных СМИ.

Психологическая помощь особых психологов оказалась очень востребованной клиентами как с инвалидностью, так и без нее. Нам пишут и звонят клиенты из разных городов и даже стран - Германии, Венгрии, Израиля.

В своей работе особые психологи проекта смогли обрести для себя новые смыслы, новые жизненные ценности, новые ориентиры. Профессиональная деятельность «особых» психологов нашего проекта – это яркое свидетельство эффективного совладающего копинг-поведения мужественных людей, не сломленных неизлечимым диагнозом, но полноценно интегрирующих опыт своей инвалидности, успешно ищущих и находящих ответы на важнейшие экзистенциальные вопросы жизни человека. Их пример обладает большим воодушевляющим зарядом как для больных, так и для вполне здоровых людей.

Литература:

Захарова В.Ю. Психологические аспекты организации и функционирования удаленного рабочего места для психолога с ОВЗ: опыт, проблемы, перспективы. Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение : Материалы II международной научно-практической конференции, Москва, 27-28 февраля 2013 г. / под ред. Б.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. М.: МГППУ, 2013.

СКАЗКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исхакова Эльзара Варисовна

*Старший преподаватель кафедры теоретической и практической
психологии Казахского Государственного женского
педагогического университета
г. Алматы, Республика Казахстан*

Для сказкотерапевтов «сказкотерапия» - это, прежде всего, язык, на котором можно вести беседы с душой человека. В процессе сказкотерапии меняется отношение клиента к собственной жизни, своим возможностям, окружающим людям и миру[1].

На сегодняшний день применение метода сказкотерапии в работе психолога с детьми с онкологическими заболеваниями стал одним из основных методов, во-первых, воздействия на ситуацию, в которой оказался маленький пациент и, во-вторых, ресурсного взаимодействия с душой ребенка.

Воздействие на ситуацию, в которой оказался ребенок. Ситуация пребывания «не дома», т.е. в стационаре, уже является своего рода психологическим дискомфортом для ребенка, даже если рядом находится кто-то из родителей. Поэтому в этом случае сказка уникально создает атмосферу тепла, уюта, приятного волшебства, благодаря своей метафоричности.

Ресурсное взаимодействие с душой ребенка. Сказки лечат душу. «Знание сокровенное, глубинное, не только о себе, но и об окружающем мире, безусловно, лечит» - пишет Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. - Сказкотерапия – процесс активизации ресурсов, потенциала личности» [2].

Сказкотерапия является одним из самых щадящих и приятных методов психологического воздействия, с помощью которой можно корректировать поведение и настроение ребенка. Психолог может найти в сказке тот ресурс, который помогает ему решить его профессиональные задачи [3].

Работу со сказками можно структурировать по отдельно взятым детским проблемам:

- Сказки для детей, которые испытывают страхи перед медицинским кабинетом и медицинскими процедурами.
- Сказки для детей с повышенной тревожностью и раздражительностью.
- Сказки для детей, страдающие расстройством поведения с физическими проявлениями: проблемы с едой; проблемы со сном и т.д.
- Сказки для детей, имеющих страх смерти.

А.В. Гнездилов, петербургский сказкотерапевт, помогает рассмотреть метод сказкотерапию следующим образом, что примеры фольклора учат человека идеям бессмертия. Трансформация сознания, души и всего окружающего мира в сказках естественна, также, как и сама смерть не носит устрашающего характера, как бы лишена реальности. Наш опыт позволил,

используя психологические моменты вытеснения и переноса в психике больного, сознательно создавать сказки, ориентированные на обесценивание смерти.

Хотелось бы выделить положительные элементы сказкотерапии. При этом происходит следующее:

- Своеобразная реализация внутренней драмы маленького пациента.
- Идентификация с героем сказки и изживание того или иного негативного аффекта.
- Рассеивается чувство одиночества и представления о несправедливости судьбы.
- Процесс рассказывания и прочтения сказки помогает установлению более тесного контакта с пациентом, дает ему ощущение внимания со стороны врача, затрагивает наиболее интимные сферы личности.
- Стимуляция воображения позволяет самому пациенту верить в чудо и преодоление ситуации.
- Уход посредством сказки в определенную психологическую нишу, подчиняющуюся не логике ума, но аффекта.
- Смена акцента с впечатлений внешнего мира на внутренний.
- Встреча с архитипом смерти, через который прошли, проходят и должны пройти все живущие на земле существа.
- Трансформация личностного конфликта с болезнью и смертью в надличностное примирение с судьбой, приобщение к мудрости, где смерть - неизбежный атрибут самой жизни.

Сюжеты сказок, по сути дела, черпались из самой жизни, и герои являлись реальными личностями. Надо ли говорить, что повторяемость ситуации встречи с болезнью и смертью помогала новым пациентам идентифицировать себя с героями сказок [4].

Что касается возрастных особенностей, то нам удалось выявить следующее. Известно, что каждый возрастной этап имеет свои психологические особенности, основанные на индивидуальном развитии и удовлетворении тех или иных потребностей в осмыслении и систематизации знаний о мире и себе. Отсюда и сказочные истории имеют различительный характер по возрасту детей. Так, у старшего дошкольного и младшего школьного возраста наблюдается склонность пересказывать (моделировать) сюжеты известных им сказок, басен, которые им читали дома, в детском саду или школе. Дети описывают простые случаи из жизни, отражая в них жизненные ценности и модели поведения, выражают в сказках стремление приобрести и проявлять волшебные качества. Эти придуманные сказочные истории короткие. В некоторых из них отражаются детско-родительские отношения, страхи, стремление к самостоятельности, категории нравственности.

Детям подросткового возраста свойственно включать в сказочные сюжеты те темы, которые оказываются наиболее значимыми для данного возрастного этапа. В сказке отражаются явные или скрытые личностные конфликты, потребности в безопасности, любви, уважении, уровень притязания и самооценка, проблемы одиночества.

Юношеский возраст отличается уровнем сформированности самосознания, половой идентичностью, абстрактным мышлением, развитием социальных установок, связанным с заинтересованностью лицами противоположного пола, а также морально-нравственными вопросами. Отсюда, в сказках идет полное отражение вышеперечисленных факторов. Сочиненные сказки имеют сложные сюжеты, способы преодоления препятствий, способы выхода из сложных ситуаций, которые переключаются с собственными ориентирами на жизненные проблемы [5].

Литература:

Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Основы сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.

Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 310 с.

Хусаинова И.Р. Психологические проблемы детей с онкологическими заболеваниями и пути их решения. – Журнал «Онкология и радиология Казахстана», №2 (32), Алматы, 2014. – С.63-66.

А.В. Гнездилов, М.Т. Репина. Психологические аспекты хосписной службы у детей с онкологическими заболеваниями. – Материалы Первой Всероссийской конференции с международным участием «Всемирным против рака. Социальные и психологические проблемы детской онкологии» 4-6 июня 1997 года, г. Москва.

Шерьязданова Х.Т., Исхакова Э.В. Сказкотерапия как метод психологической работы с детьми подросткового и юношеского возраста. Учебно-методическое пособие. – Алматы, 2004. – С.22.

ψ

«ЛИЧНЫЙ ОПЫТ» ПСИХОЛОГА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Киени Анна Александровна

Психолог

Медицинский центр «ТЕСЛА»

Чернигов, Украина

«Мне всегда казалось (наверное, как и всем остальным, кто сталкивался с этим испытанием), что это может случиться со всеми, кроме меня и моей семьи. Когда мы узнали диагноз, то весь мир начал рушиться... постепенно так... как будто из дома, который выстраивали годами, начали вытаскивать по кирпичику и бить окна. В такие моменты становится очень холодно... в такие моменты хочется кричать, останавливать время и умолять... но тебя не слышат. Там - внутри, тебя трудно услышать. Молча закрываемся, пытаемся находить в себе силы уснуть ночью, утром - подняться с кровати и хоть что-нибудь сделать. Я устала постоянно слышать одни и те же фразы о том, что все будет хорошо. Мне не это хотелось слышать, мне хотелось, чтобы услышали меня...»

Сфера профессиональных интересов психолога (а тем более – онкопсихолога) часто предопределяется событием, когда семья последнего сталкивается с таким испытанием, как онкологическое заболевание.

Правильно говорят, что онкологический больной редко болеет в одиночестве, зачастую вместе с ним болеет и вся семья (учитывая близость родственных связей и их ценность). Будучи в ситуации, когда болеет мой близкий человек, оказалось видимым и понятным то, что спустя время стало определяющим.

Часто (в том числе и самой себе) приходилось отвечать на вопрос: не помешает ли тебе то, что ты сам пережил это, работать с категорией людей, которые оказались в такой же ситуации? Не могу сказать, что не думала над этим вопросом, но четко дала на него ответ уже давно. Был период, когда помощь таким же, как я, стала для меня ступенью преодоления травмы, хоть и не была связана напрямую с моей профессиональной деятельностью.

Проблематика данной темы заключается в дилемме: неужели специалист, который сам был травмирован событием, помощь в переживании которого сейчас оказывает, способен делать это правильно, качественно и эффективно. Ведь всегда будут факторы, которые будут «возвращать» его «туда» - в то время и в ту ситуацию. Неужели в такой работе это не будет шагом назад? Способен ли «личный опыт» помочь в оказании психологической поддержки семье онкологического больного или все же делает процесс тяжелым и застревающим как для самого психолога, так и для тех, кто обратился за помощью.

Опыт (каким бы он ни был) – это инструмент. Психолог, исходя из специфики своего рода деятельности, готов к принятию – станет для него этот опыт полезным и способным помогать. Или же деструктивным, который, если не сломает сразу, то будет делать это постепенно.

Первый опыт возвращения к данной теме после переживания личного - часто решающий.

Психолог с личным опытом - это специалист, который знаком с переживаниями близкого человека на всех этапах его болезни, часто - проработавший переживания свои собственные. Такой специалист всегда более морально ценен клиенту. Данный опыт - более чем мощный инструмент помощи другим людям, оказавшимся в такой же ситуации, это движущая сила и мотивация.

Консультирование и поддержка семьи онкологического больного требует от специалиста понимания данной проблемы на ее глубинном уровне. Теоретических знаний не всегда бывает достаточно, чтобы помощь действительно оказалась действенной и эффективной. Одно «правильно будет сделать так, потому что это помогает» вовсе не гарантирует, что это действительно поможет. Человек в такой тяжелой для себя период очень чувствителен. Он обращается к психологу, когда его эмоциональные переживания достигают критического уровня, а получить разрядку в среде, в которой он находится, не представляется возможным, потому что, чаще всего, это только углубляет проблему, подкрепляя ее сильнейшим чувством вины: «Я должен помогать и поддерживать, а я сам проявляю слабость». Такая позиция способна усугубить состояние до депрессивного, если психологическая помощь не была оказана вовремя. И крайне редко за ней обращаются, перебирая на себя роль «утешителя» и, порой, даже «спасителя». Данные роли всегда

психологически некомфортны для их носителя и тем более для тех, для кого они созданы. Все это только подкрепляет атмосферу ложной эйфории, которой пытаются воспользоваться, но не верят в нее.

Психолог с «личным опытом» всегда видит и чувствует таких людей. Они обращаются за помощью тогда, когда уже закрыты от внешнего мира, они растеряны, винят себя за то, что бессильны, настроение зависит только от физиологического и психологического состояния болеющего человека, который, несмотря на всю поддержку, закрыт, молчалив и продолжает бояться. Это далеко не весь перечень переживаний, которые возможны. Психолог, имеющий личный опыт, всегда более профессионально восприимчив и открыт к данным людям, ведь сам (в той или иной степени) пребывал в данном состоянии. Он трансформирует и внедряет свой опыт в идентификацию - что испытывает человек, оказавшись в такой ситуации, на каком этапе он обратился за помощью, какие его ожидания. И это качественно помогает ему понять не только с какими чувствами и переживаниями пришел человек, но и с какими вопросами.

«Личный опыт» в процессе консультирования и поддержки семьи онкологического больного – это:

- инструмент, который позволяет не только понять, но и прочувствовать, с чем обратился человек, если изначально запрос (а в последующем - вопросы) не могут быть конкретно сформулированы;
- база теоретических и практических знаний почти всех этапов, с которыми приходится столкнуться семье онкологического больного на диагностическом, больничном (операционном), реабилитационном, постбольничном периодах, в период ремиссии, период переживания утраты.
- личная история при курировании групп психологической поддержки: благоприятный психологический климат, ощущение доверия к психологу, как не просто к наблюдателю.
- диалог на «одном языке», что, безусловно, является ресурсом для более успешного переживания травмирующего события.

Ключевые слова: инструмент психологической помощи, «личный опыт» психолога, психологическая помощь семье онкологического пациента.

Ψ

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ -ОНКОЛОГОВ

Когония Лали Михайловна

*Кафедра онкологии и торакальной хирургии ФУВ ГБУЗ
МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, профессор
Москва*

Проблемы психо-эмоциональных расстройств, возникающие на фоне профессиональных стрессов у лиц, которые в силу своей работы связаны с интенсивным взаимодействием с человеческим материалом, привлекают к себе внимание как врачей, так и психологов.

Работа в условиях эмоционально перенасыщенной атмосферы бесконечного сочувствия, на примере кагорты медиков-онкологов, при оказании профессиональной помощи - может оказаться причиной выраженных патологических состояний, в частности -эмоционального «выхолащивания».

Термин «эмоциональное выгорание»(ЭВ) используется с 70-х годов прошлого столетия для характеристики и определения психологического состояния здоровых людей, которые находятся в излишне интенсивном, тесном общении с клиентами или пациентами в процессе оказания профессиональной помощи. Возможно определение термина « синдрома эмоциональное выгорание» (СЭВ) и как отрицательный индивидуальный опыт взаимоотношений на работе : напряженное взаимоотношение профессионала и клиента.

Выявлено, что данному патологическому состоянию наиболее подвержены представители гуманных профессий, управленческий персонал, медицинские работники, педагоги, сотрудники правоохранительных органов.

Несмотря на большой интерес исследователей к СЭВ, накопленному теоретическому и фактическому материалу, нет единого понимания к механизмам его развития и к сущности феномена.

В этой связи в настоящее время приобрел огромную практическую ценность поиск путей ,методов диагностики , способов защиты от синдрома эмоционального выгорания.

Совершенствование организации и управления здравоохранением в современных условиях невозможно без информационного обеспечения, позволяющего руководителям оперативно получать и целенаправленно использовать информацию по различным вопросам оказания медицинской помощи населению, осуществляя обратную связь в системе. Одним из инструментов обратной связи в здравоохранении является изучение общественного мнения. Показатели официальной статистики часто не позволяют выявить социальный аспект организационных мероприятий. Это способствует значительному росту за последние годы социологических исследований по разнообразным проблемам медицины и здравоохранения.

Особое значение социологические исследования приобретают для управления деятельностью ЛПУ, являющегося основным звеном осуществления реформ в здравоохранении.

В соответствии с методикой для оценки целого ряда параметров, характеризующих качество жизни как пациентов, так и врачей, а также изучения эффективности функционирования ЛПУ- ГБУЗ ОД № 2 САО г. Москвы было проведено социологическое исследование - опрос среди пациентов и медицинского персонала.

В ходе опроса врачей ГБУЗ ОД САО №2 г. Москвы было изучено их мнение относительно:

- организационных разделов работы диспансера;
- финансово-экономических аспектов работы врачей-онкологов, оказывающих специализированную помощь в амбулаторных условиях;
- внедрения информационных технологий, повышения квалификации врачей и др.

В опросе приняли участие 37 врачей из 42, работающих в онкологическом диспансере № 2 г. Москвы. Большинство опрошенных составили врачи-онкологи (75,7%); врачи других специальностей (24,3%).

Среди респондентов 35,2% работают в данном онкологическом диспансере более 25 лет, 45,9% - более 9 лет (табл. 1), что подтверждает компетентность врачей в вопросах организации и качества оказания медицинской помощи в данном ЛПУ и позволяет ориентироваться на результаты опроса данной группы респондентов при принятии соответствующих управленческих решений.

Таблица 1.

Распределение врачей по стажу работы в онкодиспансере №2

Стаж работы	абс.	%
менее 1 года	3	8,1
1-3 года	4	10,8
4-8 лет	7	18,9
9-15 лет	9	24,3
16-25 лет	1	2,7
более 25 лет	13	35,2
Итого:	37	100,0

Среди существующих проблем, как в плане организации работы, так и этического плана были выделены : большая нагрузка врачей на приеме в час (57%), нерегулярные поставки препаратов в аптеку (30%), неправильное распределение потоков пациентов (в т.ч. организация приема в порядке «живой очереди») (27%), некомплектованность штатов (22%), незтичное отношение пациентов (35%), их родственников (24%) и др.

Следует отметить, что 37% опрошенных врачей указали, на то, что они не справляются с имеющейся нагрузкой. Данный факт заслуживает должного внимания со стороны руководителей ГБУЗ ОД № 2 САО г.Москва и требует разработки соответствующих управленческих решений и проведения ряда организационных мероприятий.

На наличие преемственности между подразделениями данного ЛПУ указали 77,1% респондентов, 22,9% считают, что часто она осуществляется не в полной мере. Было выявлено, что половина врачей диспансера не удовлетворены работой регистратуры, у 30% имеются нарекания в адрес среднего медперсонала, у 20% – в адрес администрации и 5% не устраивает работа аптеки.

В настоящее время доступ к необходимой информации для большинства отечественных врачей-онкологов ограничен по разным причинам, основными из которых являются незнание врачами иностранного языка (т.к. большинство литературы, касающейся внедрения новых достижений медицинской науки и практики на мировом уровне, освещается в специальных иностранных изданиях), нежелание самих врачей повышать свою квалификацию, потеря многими из них инициативы и творческой активности при лечении больных.

Среди респондентов 16,3% указали на отсутствие у них не только навыков работы на компьютере, несмотря на то, что в базовом ЛПУ компьютерные технологии достаточно широко используются в лечебном и диагностическом процессе, для оформления различного рода документации и получения статистической информации о деятельности ЛПУ. В то же время следует отметить, что 81,2% респондентов независимо от возраста и стажа работы высказались за необходимость компьютеризации всех кабинетов диспансера и 18,8% - за установку компьютеров только в кабинетах заведующих отделениями

Среди респондентов 70,6% независимо от стажа работы высказали положительное отношение к бесплатной медицине (рис. 1).

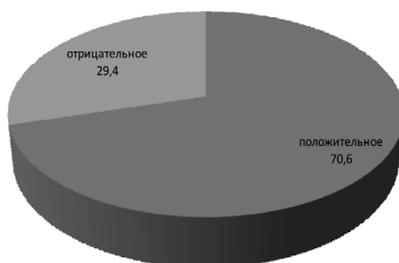


Рис. 1. Отношение врачей ГУЗ ОД № 2 к бесплатной медицине (в %)

Наряду с этим, результаты опроса показали, что в настоящее время продолжается коммерциализация медицинских услуг. Почти третья часть опрошенных врачей (29,4%) считает, что в современных условиях необходимо развитие платной медицины. В то же время придерживаются мнения развития платной медицины. В то же время придерживаются мнения, что онкологическая служба должна быть платной, лишь 5,9% опрошенных врачей (рис. 2).

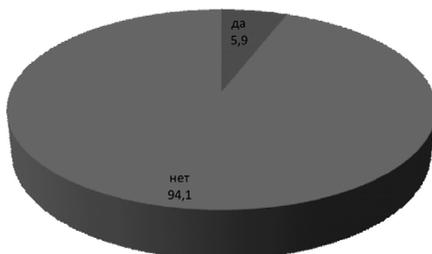


Рис. 2. Считают ли респонденты, что онкологическая служба должна быть платной (в %)

Большинство опрошенных (65,1%) отметили, что в настоящее время тактика лечения, а зачастую и исход болезни во многом зависит от возможности больного оплатить стоимость назначенного лекарственного препарата, т.к. при имеющемся многообразии лекарственных средств приходится выбирать дорогие, но менее эффективные препараты. По результатам опроса было выявлено, что в 20,3% случаев пациенты отказываются от приема выписанных медикаментозных средств. Очевидно, что последствием таких решений будет утяжеление состояния, появление осложнений и другие неблагоприятные тенденции в развитии болезни.

Среди респондентов 34,9% указали на то, что в ряде случаев можно найти более дешевые, но достаточно эффективные лекарства, и материальное положение больного в этом случае не повлияет на исход болезни.

Результаты опроса свидетельствуют, что, по мнению большинства респондентов-врачей (77,8%), зарплата врача-онколога в настоящее время должна составлять не менее 55-60 тыс. рублей (табл. 4.11), а достойная зарплата, чтобы «не ждать благодарности от больных» - свыше 100 тыс. рублей (рис. 3).

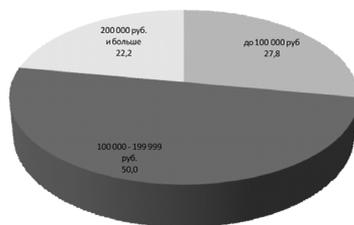


Рис. 3. Какой должна быть достойная зарплата врача-онколога, чтобы не ждать благодарности от больных, (в %)

Среди респондентов-пациентов 83,7% считают, что заработная плата врача в современных условиях должна быть от 50 до 100 тыс. рублей (рис. 4).

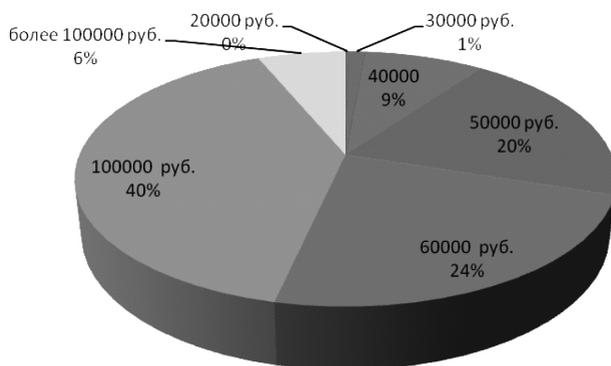


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какой должна быть зарплата врача, чтобы он не нуждался в «поборах» с больных?»

Клинические аспекты проявления истинного СЭВ в виде головных болей, агрессии в отношении сотрудников к концу насыщенного врачебного приема, нарушения сна, астении той или иной степени выраженности отмечали 40-60% врачей онкологов.

В результате проведенного исследования были разработаны определенные профилактические мероприятия (выделена комната отдыха для медперсонала, каждые 2 часа приема сменялись 10-минутными перерывами для проведения дыхательных и физических упражнений), которые, несмотря на наш небольшой кинический материал, позволили сделать заключение, что СЭВ не является неизбежным, а коррекционные и профилактические меры могут предотвратить или ослабить влияние негативных психологических факторов.

Ψ

РОЛЬ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ИЗУЧЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.П. Комкова

*ГБУЗ КО «Областной клинический
онкологический диспансер» г. Кемерово
к.м.н., заведующая отделением восстановительного
лечения, врач-психотерапевт*

Н.П. Кокорина

*ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, д.м.н., профессор кафедры психиатрии,
наркологии и медицинской психологии*

До настоящего времени информация о диагнозе злокачественного опухолевого процесса продолжает оставаться «приговором» к смерти и подвергает серьёзным испытаниям систему адаптированной психической деятельности заболевшего человека.

В центре психических реакций больного находится страх перед неизлечимостью, болью и смертью, инвалидизирующим оперативным вмешательством, осложнениями химиотерапии и лучевой терапии. Все эти и ряд других факторов способствуют формированию в сознании больного искажённой внутренней картины болезни, исследование которой можно провести при помощи проективных методов, позволяющих определить внутренние ресурсы организма, отношение пациента к заболеванию, оценить его эмоциональное состояние и эффективность проводимых психофармакотерапии и психотерапии.

Целью данного исследования было изучение особенностей внутренней картины болезни у больных раком молочной железы в процессе проведения комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию и различные виды психотерапии.

Материал исследования составили 146 больных раком молочной железы, направленных в отделение восстановительного лечения онкологического диспансера. Критериями отбора больных для лечения было формирование у них различного уровня выраженности нервно-психических расстройств.

Для изучения внутренней картины болезни использовали проективный метод визуализации представлений в рисунках больных, в которых они субъективно отражали представление об опухолевом процессе и борьбы организма с ним.

Предварительно, с пациентами в доступной форме обсуждали основные элементы, составляющие понятие «внутренней картины болезни» (опухоль, опухолевые клетки, защитная система организма, специальное лечение). В дальнейшем анализировали рисунки больных до, и после проведения психофармакотерапии и психотерапии.

Результаты исследования. На первых рисунках (до лечения) у всех больных, независимо от стадии процесса, возраста и даже после радикальной операции, в центре рисунка располагалась опухоль или «оставшиеся» опухолевые клетки, окрашенные, как правило, чёрным или тёмно-серым цветом. Лимфоциты мелких размеров находились рядом с опухолью, бездействовали, выглядели беспомощными. Специальное лечение либо не отражалось, либо представлялось чем-то «сверхъестественным, волшебным», но отдельно от опухолевых клеток.

В ходе лечения прослеживалась следующая динамика рисунков. «Опухоль» исчезала из сюжета. Лимфоциты активно включались в процесс уничтожения опухолевых клеток. Менялся цветовой фон рисунка в сторону «ресурсного» цвета. Внимание пациенток переключалось на «несущественные» осложнения, например, лимфатический отек, ограничение объёма движений конечностью и др. Проводимое в этот период специальное лечение (химиотерапия, лучевая терапия) получало отражение у каждой больной, действие лечебного фактора достигало непосредственно опухолевых клеток. При этом была очевидной совместная работа в организме защитной системы и специального лечения.

Изучая рисунки больных, у нас появился вопрос о том, насколько психофармакотерапия без проведения психотерапии может оказывать влияние на изменение визуализации пациентов. С этой целью мы дополнительно исследовали рисунки 28 пациенток, которым назначали только психофармакотерапию.

Выяснили, что в процессе психофармакотерапии также меняется цветовой фон рисунка в сторону ресурсного, снижается агрессивность опухоли и раковых клеток, повышается активность лимфоцитов. Однако в рисунках у всех больных отсутствовало специальное лечение, что свидетельствовало о недостаточно активном включении пациентов в лечебный процесс и подтверждало эффективность и целесообразность психотерапии.

Выводы. Проективный метод визуализации представлений в рисунках больных позволяет не только оценить эмоциональное состояние больного, его критическое отношение к заболеванию, лечебному процессу, установки на

настоящее и будущее, но и способствует формированию адекватной внутренней картины болезни, снижению значимости диагноза, повышению самооценки, уверенности в своих силах, заинтересованности в проводимом лечении, ожидании от него позитивного результата, что отражается в визуализациях больных и подтверждается выравниванием клинических и экспериментально-психологических данных.

Выявленные нервно-психические расстройства у онкологических больных делают необходимым наряду с традиционным противоопухолевым лечением разработку и проведение индивидуальных комплексных психотерапевтических и психофармакологических лечебно-реабилитационных программ. При этом разработанные программы должны учитывать не только клиническую структуру нервно-психических расстройств, но и внутреннюю картину болезни, особенности которой эффективно выявляются с использованием проективных методов.

Ψ

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костерева Людмила Ивановна
*ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России,
медицинский психолог, Москва*

Актуальность данного исследования продиктована тем, что, благодаря развитию современных методов лечения и выявление опухоли на ранних стадиях, мы можем наблюдать высокие показатели выживаемости женщин с раком молочной железы (РМЖ) после проведенного лечения. Увеличение сроков выживания «сегодня» поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила больная, но и как, то есть качество жизни.

Недостаточное внимание, на наш взгляд, уделяется психологической реабилитации женщинам с раком молочной железы, в процессе которой происходит выявление психологических ресурсов пациента в преодолении рецидивов заболевания, изменение картины мира, возможности получения психологической поддержки, имеющих онкологические заболевания, которые ведут к успешной адаптации и которые могут выступать в качестве опор в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса.

Цель исследования: разработка и внедрение интегративного подхода в программу психологической реабилитации для женщин с раком молочной железы.

Исследование проводилось на базе Центра высокотехнологичных методов медицинской реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России г. Москвы. Всего было обследовано 40 женщин с диагнозом - рак молочной железы. Возраст женщин составил от 42 до 65 лет. Все женщины после хирургического лечения, прохождения нескольких курсов химиотерапии, гормонотерапии, диагноз выставлен от 2 до 5 лет, в настоящее время по

данным обследования – стабилизация онкопроцесса, у всех имеется синдром постмастэктомического лимфоотека верхней конечности, который развился через год после операции.

В исследовании использовались следующие диагностические методики: шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера и Ханина; методика исследования ригидности; Торонтская алекситимическая шкала; шкала депрессии Бека. Полученные данные нашего исследования свидетельствуют, что пациенткам с раком молочной железы, подвергшимся радикальному оперативному вмешательству свойственны проявления психоэмоционального неблагополучия: высокая тревожность, выраженная депрессия, алекситимия, высокая ригидность, чувство внутреннего напряжения, снижение чувства собственной значимости, низкая самооценка, страх возвращения болезни.

Программа психологической реабилитации проводилась с использованием интегративного подхода, которая состояла из индивидуальной работы и группового тренинга для женщин с раком молочной железы.

Задачи тренинга.

Работа с мифами о раке.

Работа с симптомами (боль, тошнота, напряжение, страхи и т.д.)

Коррекция алекситимии.

Коррекция ригидности.

Работа с тревогой, депрессией.

Выявление и изменение неэффективных стереотипов поведения, формирование нового поведения.

Нахождение и использование собственных ресурсов для выхода из болезни.

Планирование будущего.

Основные принципы работы:

- оказание психологической помощи онкологическим пациентам в группе и индивидуально;
- психологическая коррекция, направленная на восстановление эмоционального состояния;
- формирование навыков саморазвития личности в целом;
- интеграция полученного опыта в жизнь.

Групповые занятия проводились в малой группе (5-6 человек). Общий курс включал 10 занятий по 2 часа (3 раза в неделю).

Применение интегративного подхода в программе группового тренинга применялись следующие психотерапевтические методики:

техники рациональной психотерапии;

техники арт-терапии;

техники ресурсных трансов;

техники НЛП;

техники гештальт-терапии

техники телесно-ориентированной терапии.

Результаты нашего исследования свидетельствуют, что с помощью интегративного подхода в программе психологической реабилитации происходит изменение личностных особенностей женщин с раком молочной

железы, уменьшается степень выраженности симптомов, активизируются собственные ресурсы психики, появляются адаптивные стили реагирования на болезнь, происходит нормализация психоэмоционального состояния.

Ψ

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ХОСПИСЕ

Костригин Артем Андреевич

Магистрант 2-го года обучения

Хусяинов Тимур Маратович

Магистрант 2-го года обучения

*Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Нижний Новгород*

Современные изменения в социально-экономической, политической и духовной жизни общества оказывают влияние на возрастающее значения сферы услуг и роль знания, обновляется система социальных и моральных ценностей, растёт степень гуманизма.

Одной из ведущих тенденций в психологическом сопровождении больных является создание и развитие хосписов, как социальных учреждений, оказывающих услуги паллиативной медицины. В содержании данного вида психологической помощи реализуется «право человека на достойную смерть».

Паллиативная помощь состоит в поддержке клиентов с длительно текущими заболеваниями, не поддающимися лечению, а также в интегрировании социального, психологического и духовного сопровождения больных в лечении симптоматики. Кроме всего прочего паллиативная помощь становится достойной и законной альтернативой эвтаназии.

Актуальность использования паллиативной медицины и создания хосписов обуславливается большим количеством, в том числе, больных со злокачественными новообразованиями: ежегодно в мире диагностируется более 10 млн. случаев злокачественных опухолей и это число неуклонно растёт, что ставит вопрос о совершенствовании системы социально-медицинской помощи.

Эффективное функционирование хосписа предполагает наличие в штате необходимого персонала. В перечень работников хосписа входят главный врач, его заместители, врач-эпидемиолог, врач-онколог, врач-терапевт, провизор, медицинские сестры, санитары, социальный работник, работники организационно-методического отдела, психолог.

Как считает К.Ф. Лях, в деятельность хосписа входит не только обеспечение необходимой медицинской помощи терминальному больному и работа с физическими страданиями пациента, но и способствование в решении его психологических и духовных проблем. Более того, работа с неизлечимо больным предполагает психологическую помощь близким во время его болезни и особенно в период переживания тяжелой утраты.

В работе поставлена задача определения места и роли психолога в деятельности хосписа и указания основных положений психологического сопровождения неизлечимо больных.

Роль психолога в системе хосписа представляется одной из ключевых, т.к. психологическое сопровождение умирающего встает в один ряд с медицинским уходом. По мнению Ф. де Грааф, в ходе психологической помощи неизлечимо больным психолог может сталкиваться со следующими феноменами: «феномен потери личности», «феномен бессрочного ожидания», «феномен потери смысла», «феномен конфликта и борьбы с судьбой», «феномен непримирения со смертью». При решении данных психологических проблем, психолог использует следующие методы: раскрытие уникальности больного как человека, определение его ценностей; помощь больному и его семье в переживании горя; подчеркивание для близких важности общения с больным в оставшееся время его жизни; помощь близким в поиске смысла, в принятии смерти больного; укрепления в больном принятия себя таким, какой есть, и примирению с фактом будущей смерти.

Гнездилов А.В. отмечает еще один феномен: человек, попадая в больницу, лишается дома, обычной жизни, встреч с близкими, привычных предметов быта. Вследствие этого для психолога встает задача создания у больного ощущения домашней обстановки в стенах хосписа и чувства защищенности. А.В. Гнездилов предлагает следующие психотехнологии работы с пациентами, которые отечественный психотерапевт использует в собственной практике: психотерапия средой, психотерапия присутствием, арт-терапия, звукотерапия, а также разработанные им куклотерапия и сказкотерапия. Как считает А.В. Гнездилов, психолог должен обладать следующими навыками: умение слушать больного, уважение к независимости и признание свободы индивида думать так, как ему хочется, и о том, что для него существенно, утверждение ценности жизни больного, обращение к специальным потребностям больного, оценка сил и возможностей пациента, поддержка реальной надежды, терапия присутствием.

Таким образом, психолог в системе хосписной помощи играет не меньшую роль, чем медицинские работники. Показанные особенности психологического сопровождения в хосписе требуют от психолога достаточно узкой специализации, что ставит необходимость специальной подготовки специалистов для этой должности.

Ψ

ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Лапочкина Нина Павловна
*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
д.м.н., заведующая кафедрой*

Блинова Ксения Александровна

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
ассистент*

Борута Светлана Анатольевна

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
к.м.н., доцент*

Анисимов Валерий Михайлович

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
доцент*

Козлов Владимир Александрович

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, к.м.н., главный врач*

Чистяков Александр Викторович

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, заместитель главного врача*

Круглова Марина Львовна

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, к.м.н., заведующая поликлиникой*

Калачикова Е.В.

*аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО,
ФДПО, ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России*

Развивающаяся под влиянием различных фрустрирующих факторов дисгармония регулирующих отделов гипоталамуса и репродуктивной системы является непосредственной предпосылкой для развития патологического процесса в молочных железах (Сидоренко Л.Н., 1984).

Целью исследования явилось оценить состояние вегетативной нервной системы, психологическое состояние и их взаимосвязь у больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез.

Обследованы 92 женщины. Из них 32 - пациентки с дисгормональными заболеваниями молочной железы, 30 – контрольная группа, 30 – пролиферативная мастопатия. Всем женщинам проведено исследование психологических особенностей с помощью методов: СМИЛ, цветовых и портретных выборов, адаптированных Л.Н. Собчик (2000), Торонтская алекситимическая шкала, состояние вегетативной нервной системы (ВНС) с помощью вариабельности сердечного ритма (ВРС).

По данным исследования ВРС текущее функциональное состояние организма женщин с диспластическими заболеваниями молочных желез удовлетворительное и находится в прямой умеренной корреляции с алекситимией ($R=+0,307$). Имеются признаки вегетативной дисфункции, выявляемые при проведении активной ортостатической пробы (АОП) в виде относительного снижения вегетативного обеспечения и коррелирующие с 5-ой шкалой метода СМИЛ ($R=+0,41$). У пациенток с ДЗМЖ были выявлены следующие психологические особенности: высокий показатель

алекситимии (71,4%), хроническая (7 и 8 шкалы) дезадаптация вплоть до тревожной депрессии (7 и 2 шкалы) на фоне повышенной конституционально обусловленной личностной тревожности, пессимистичности, импульсивности (2874- /), предрасположенность к психосоматическим реакциям, (+2+0) трудности межличностного общения (10,53%), (S=h+!!s-!!) развитие чувство вины (11,11%), (P=e-nyo и P=e+nyo) страх (13,33%), (Sch =k+p+) обращенность в мир внутренних переживаний (8,89%), (Sch =k+po) нарушенное доверие к окружающим людям (6,67%).

Таким образом, генетически обусловленная высокая тревожность и предрасположенность к психосоматическим реакциям, вегетативная дисфункция, связанная с женственностью и алекситимией, являются предрасполагающими факторами возникновения ДЗМЖ.

ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Лапочкина Нина Павловна

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
д.м.н., заведующая кафедрой*

Блинова Ксения Александровна

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
ассистент*

Борута Светлана Анатольевна

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
к.м.н., доцент*

Анисимов Валерий Михайлович

*ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики,
доцент*

Козлов Владимир Александрович

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, к.м.н., главный врач*

Чистяков Александр Викторович

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, заместитель главного врача*

Круглова Марина Львовна

*Областной онкологический диспансер
г. Иваново, к.м.н., заведующая поликлиникой*

Калачикова Е.В.

*аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО,
ФДПО, ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России*

Изучению роли психогенного фактора в онкогенезе посвящены много работ и накоплено фактов, относящихся к их исследованию. В ряде исследований была показана важная роль психотравмирующих обстоятельств у больных раком молочной железы (В.Н. Анисимов, 1990; А.В. Асеев, Н.В. Каплунова, В.Г. Гончарова, 1995).

Цель исследования: Оценить психологические особенности женщин с заболеваниями молочных желез и определить содержание биогенных аминов в крови и влагалищном секрете.

Для решения поставленной задачи обследовано 519 женщин, первую группу составили 150 больных с доброкачественными заболеваниями молочной железы (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, вторую - 107 больных с пролиферативной мастопатией, третью - 112 больных раком молочной железы, контрольную группу составили 150 пациенток с гинекологическими заболеваниями без патологии молочной железы. Средний возраст обследованных пациенток первой группы составил $40,97 \pm 0,77$ лет, второй - $45,64 \pm 0,99$ лет, третьей - $52,71 \pm 1,93$ лет, контрольной - $42,28 \pm 0,67$ лет.

Обследованным женщинам было выполнено комплексное маммологическое, гинекологическое, психологическое обследование и определение содержания биогенных аминов в крови и секрете влагалища.

Для выявления особенностей характера, психологического и психофизиологического реагирования обследованных женщин, диагностики синдрома психоэмоционального напряжения (СПЭН) применены вербальные и невербальные методы психологического исследования личности: Ч.Д. Спилберга, Торонтская алекситимическая шкала, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), метод цветовых и портретных выборов (МЦВ) адаптированный вариант цветового теста М. Люшера, модификация теста восьми влечений Сонди. Методы СМИЛ, Люшера, Сонди адаптированы и интерпретированы Л.Н. Собчик (2000).

Содержание биогенных аминов в крови и влагалища определяли с помощью флуоресцентно-гистохимического метода Фалька-Хилларпа (Falck B., 1962) в модификации Е.М. Крохиной (1969). Интенсивность свечения биогенных аминов в условных единицах регистрационного прибора выполнялось по разработанным принципам фотометрии (Виноградов С.Ю., Диндяев С.В., 1988).

В результате проведенного обследования выявлено, что СПЭН испытывали чаще больные с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией [1 гр. - 97 чел. (64,67%); 2 гр. - 67 чел. (62,624%); 3 гр. - 93 чел. (83,04%); контр. гр. - 66 чел. (44,0%), $p < 0,05$], который проявлялся в виде общей слабости и быстрой утомляемости [54 (36,0%); 37 (34,58%); 109 (97,32%), $p > 0,05$; 33 (22,0%) соотв.], внутреннего напряжения и страха [62 (41,33%); 45 (42,06%); 112 (100,0%); 45 (30,0%), соотв., $p < 0,05$], подавленности [25 (16,67%); 29 (27,10%); 33 (29,46%); 18 (12,0%) соотв., $p < 0,05$], фобии [20 (13,33%), 35 (32,71%), $p < 0,05$; 34 (30,36%), $p < 0,05$; 21 (14,0%) соотв.], головной боли [35 (23,33%); 57 (53,27%), $p < 0,05$; 33 (29,46%); 27 (18,0%) соотв.], сердцебиения [23 (15,33%); 17 (15,89%); 25 (22,32%); 12 (8,0%) соотв., $p > 0,05$], боли в области сердца [22 (14,67%); 26 (24,%)]; 31 (27,68%); 18 (12,0%) соотв., $p < 0,05$], повышенной потливости [24 (16%); 33 (30,84%), $p < 0,05$; 37 (33,04%), $p < 0,05$; 21 (14,0%) соотв., $p < 0,05$].

Симптомы эмоционального напряжения нарастали в группах женщин по мере утяжеления патологии молочной железы от ДЗМЖ к пролиферативной мастопатии до рака молочной железы.

По данным метода Спилбергера выявлен высокий показатель ситуационной тревожности (СТ) у больных с ДЗМЖ и гинекологическими заболеваниями [65 (58,04%); 89 (83,18%), $p < 0,05$; 31 (49,21%), $p < 0,05$; 34 (33,33%), соотв., $p < 0,05$], что подтверждает высокую тревожность в момент обследования, на которую указывали больные при опросе. По мнению Плотникова В.Н. (1981) эмоциональные нарушения, такие как тревога и депрессия либо поддерживает мастопатию, либо сами по себе являются ее причиной.

При высоком эмоциональном напряжении, в котором находились обследованные женщины, отмечалось увеличение секреции моноаминов. С увеличением содержания катехоламинов во влагалищном секрете отмечалось увеличение личностной (ЛТ) ($R = +0,307$) и ситуационной ($R = +0,358$) тревожности у женщин с ДЗМЖ.

По данным метода TAS выявлен высокий показатель алекситимии (больше 72 баллов) у больных первой и третьей группы [25 (31,65%); 19 (26,03%); 37 (41,11%); 18 (29,51%), $p < 0,05$], который, очевидно, является психологическим предикатом возникновения психосоматических расстройств. Больные с алекситимией склонны к развитию ипохондрических и соматических расстройств, в частности к гипертонической болезни. Все пациентки с высоким показателем TAS страдали гипертонической болезнью. У больных с пролиферативной мастопатией проявление алекситимии ($R = +0,136$), очевидно, связано с увеличением содержания серотонина в крови. Ряд авторов считают, что алекситимия является психологическим предикатом возникновения рака молочной железы.

По данным методов СМЛ, МЦВ и МПВ у женщин с ДЗМЖ была выявлена конституционально обусловленная высокая ЛТ, предрасположенность к психосоматическим реакциям (высокая 1-я шкала), состояние хронической (сочетание 7-й и 8-й шкал) дезадаптации вплоть до тревожной депрессии (сочетание высоких 7-ой шкалы со 2-ой). Они пессимистичны и импульсивны (2874-), испытывают трудности межличностного общения, страх и «муки большой совести» [$P = e-huо$ и $P = e+huо$ – только 6 больных (13,33%) первой группы], имеют развитое чувство вины [$S = h+!s-!!$ - 1 гр. – 5 чел. (11,11%), $p < 0,05$; 2 гр. – 4 чел. (18,18%), контр. гр. – 0 чел.], обращены в мир внутренних переживаний ($Sch = k+p+$) и не доверяют окружающим людям ($Sch = k+po$). У больных с пролиферативной мастопатией был снижен уровень социальной адаптации (высокая 8-я шкала), они расположены к депрессивному реагированию и находились в состоянии дезадаптации (сочетание высоких 7-ой шкалы со 2-ой), выраженного стресса. Женщины имели развитое чувство вины, были склонны к самопожертвованию, замкнуты, нерешительны в установлении новых контактов, склонны к суицидальной реакции [$C = d-m \pm$ - 1 гр. – 5 чел., (11,11%); 2 гр. – 6 чел. (27,27%), $p < 0,05$; контр. гр. – 2 чел. (10%)].

В преморбиде у 80% больных отметили такие особенности как высокая тревожность, ипохондричность, частые колебания настроения при некотором преобладании его снижения, ранимость, чувствительность, робость, неумение сдерживать эмоции. .

Больные с пролиферативной мастопатией были сосредоточены на соматических жалобах (сочетание повышенной 8-й и 1-й шкал), склонны к артериальной гипертонии (6-я), имели психосоматическую предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта (1-я).

На основании выполненных психологических исследований женщин с патологией молочной железы были выявлены психологические предикаты: возникновения ДЗМЖ: высокая личностная тревожность, высокий показатель TAS; при исследовании методом СМИЛ: пик 2-ой шкалы, сочетание пиков 7-й и 8-й шкал, сочетание пика 7-й шкалы со 2-й, сочетание высоких шкал 7-й и 4-й; по данным МЦВ характерно следующее: +2+0, +0-7, +5-7; возникновения пролиферативной мастопатии: по данным СМИЛ (пики 2-ой шкалы, равновысокие пики 2-ой и 4-ой шкал, 8-й, пик 6-ой и 1-ой шкалы, пик 8-ой и 1-ой шкал); возникновения РМЖ: высокий показатель TAS, по данным метода СМИЛ (пики 2-ой, 6-ой, 6-ой и 4-ой шкал).

Таким образом, важную роль в возникновении заболеваний молочных желез имеет психологическое состояние женщин. Психологическими предикатами возникновения заболеваний молочных желез являются: высокий показатель ЛТ и СТ, TAS больше 72 баллов, предрасположенность к психосоматическим реакциям, состояние хронической дезадаптации вплоть до тревожной депрессии, СПЭН.

ψ

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С УМИРАЮЩИМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ И ИХ БЛИЗКИМИ НА ПРИМЕРЕ ХОСПИСА №1, ЛАХТА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Леоненкова Станислава Анатольевна

Главный врач

Вагайцева Маргарита Валерьевна

мед. психолог Хосписа №1, Лахта, Санкт-Петербург

С самого начала существования Хосписа №1 в Санкт-Петербурге руководство уделяло значительное внимание психологическим аспектам поддержки людей, находящихся в хосписе – тех, кому оказывают помощь и тех, кто ее оказывает. В штатный состав мультидисциплинарной команды лахтинского хосписа входят психологи, что соответствует мировым нормам оказания хосписной помощи. В последнее время термин «онкопсихология» становится выделенным направлением оказания практической помощи в рамках психологии кризисных и экстремальных ситуаций, призванным улучшить адаптацию онкологического больного и его окружения к ситуации заболевания на всех стадиях, включая терминальную.

Сегодня данные доказательной медицины показывают необходимость и эффективность психологического сопровождения онкологических больных, их ближайшего окружения. Под ближайшим окружением подразумеваются не только родственники, близкие люди пациентов, но и врачи, персонал учреждения, предоставляющего медицинскую помощь онкологическим больным. Таким образом, можно выделить три направления работы оконпсихолога (далее «психолог»): пациент, семья пациента и медицинские работники.

Принято считать, что при онкологическом заболевании 1У клинической группы процесс неизбежного угасания в среднем занимает 6 месяцев. Именно эта клиническая группа является пациентами хосписов. Таким образом, психологи хосписа – онкопсихологи – постоянно взаимодействуют с людьми, столкнувшимися с терминальной стадией рака, оказывают им профессиональную помощь. Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Пациентов хосписа можно условно разделить на три категории. Первая условная категория – люди, поступившие с болевым синдромом. Правильно подобранное врачами обезболивание и купирование всех тягостных симптомов улучшает качество жизни пациента. В таких случаях больные могут долгое время находиться дома. Вторая условная категория – терминальные больные с сохранной психикой. Третья условная категория – умирающие пациенты в состоянии раковой интоксикации.

Особенностью онкологического заболевания является протяженность во времени. Родственники онкологических пациентов успевают адаптироваться, либо эмоционально выгорают в процессе взаимодействия с заболевшим членом семьи. Обычно родственники запрашивают экстренную помощь и редко обращаются за продолжительной терапией.

Работа в хосписе тесно связана с такой неперемной составляющей цикла жизни, как смерть. Находится в среде, насыщенной переживанием страха смерти, боли и потери близких требует особых навыков и специальной психологической подготовки специалистов.

Взаимодействие с пациентами терминальной стадии и их родственниками являются признанными факторами риска вторичной травматизации. Целью работы психолога с персоналом становится профилактика эмоционального истощения, связанного с профессией, выражающегося в явлениях деперсонализации либо возможных проявлениях цинизма по отношению к пациентам.

В хосписе, как нигде в мирной жизни актуальны экзистенциальные вопросы и востребованы методы экзистенциального направления в психологии.

В докладе будет отражен практический опыт предоставления психологической помощи в ситуации терминальной стадии рака в Хосписе №1, Лахта, Санкт-Петербург.

ψ

МЕСТО ЮМОРА В РАБОТЕ ОНКОПСИХОЛОГА

Дмитрий Витальевич Лицов

руководитель

Людмила Юрьевна Дерябо

руководитель

Психологический центр Vitality

Рига

«Русские так и норовят посмеяться над тем, над чем нельзя». М. Цветаева

Известная формула «хорошего психолога» – глупый, ленивый, с чувством юмора. Глупый – чтоб «не знать» за клиента, ленивый – чтоб «не работать за него». Зачем психологу чувство юмора?

«То, над чем мы можем посмеяться, перестает быть страшным» – утверждал Ницше. В работе с людьми, болеющими онкологическими заболеваниями, поводов для страха более чем достаточно. И для клиента, и для психолога. Болезнь, как пограничная ситуация, тяжелое лечение и физическое изменение, вызывают много соответствующих мыслей и чувств – пугающее одиночество, чувства беспомощности, бессилия и безнадежности – которые превращают жизнь в небытие. Подобные состояния как ржавчина разъедают душу человека. Непросто и тем, кто находится рядом. Психолог – один из них. Поскольку в ответ на состояние клиента актуализируются собственные основания. В этой ситуации для человека, оказавшегося в беде, юмор может являться многофункциональным способом помощи в преодолении «свалившегося» небытия. А для психолога – способом самосохранения. И хорошим «мостиком» в отношениях между ним и клиентом.

Связь юмора и психологической проблемы

«Мы перестали смеяться на похоронах» - говорит Жванецкий

Проблема – это всегда несоответствие, противоречие и конфликт: конечным и бесконечным, временным и вечным, между внутренним и внешним, между Хочу и Надо, Хочу и Нельзя (Невозможно), Да и Нет, Надеюсь и Никогда, между ожиданиями и действительностью и т.п. Несоответствие вызывает страдания и переживания.

В чем суть юмора. Он вскрывает противоречия, разбирает узлы несоответствия и соединяет несоединимое. Т.е, не только вскрывает проблему, но содействует ее решению – проживанию. Как точно выпущенная по мишени стрела попадает в «десятку», так и остроумное высказывание (уместный анекдот, шутка, пример) попадает в центр проблемы, в самую ее сердцевину, обнажает скрывающееся там противоречие и примиряет противоположности. Шутка, анекдот – это метафора, которая как в «десятку» «попадает» в правое полушарие и разбирает узлы несоответствия.

Юмор может быть формой агрессии, способом проявления гнева. Учитывая, что для болеющих онкозаболеваниями характерно подавление гнева и обращение его против себя, то юмор как агрессия для них это все же лучший вариант. Таким образом, шутка дает возможность проявить истинные

(негативные) чувства в адрес другого, не переходя при этом рамок приличия и принятых границ. Для болеющего – это очень важно. Когда мы проявляем свои чувства, они меняются.

У юмора много функций. Кроме очевидной – получение удовольствия – это еще защита, отдаление себя от проблемы, выражение свободы, разрядка напряжения, установление контакта, нейтрализация страданий, способ говорить о «запретном», средство выражения чувств и др.

В каждом моменте происходящего есть своя суть, «десятка». Чтобы попадать в неё, нужно самому уметь быть в настоящем моменте, в «здесь и сейчас». В идеале

Юмор как коммуникация

Пожалуй главное, а возможно и единственное, что психотерапевт может дать своим клиентам – это контакт. Человеку в смертельной болезни – контакт необходим вдвойне. На себя он опираться, как правило, не может, собственных ресурсов недостаточно.

Юмор, уместный конечно, способствует развитию позитивного отношения. Это пожалуй главная функция юмора в контакте с людьми – формирование позитивного отношения. Там, где была «пропасть» (Я – ОНО (Другой)) появляется «мост» - Я - ТЫ. Юмор как один кирпичиков в фундаменте отношений.

Страх, боль и юмор

«Шутят скорее в затруднительном положении, попав в беду, чем на вершине счастья и успеха, Юмор - это всегда немножко защита от судьбы.» Карел Чапек

Откуда что берется? Из напряжения. Любое напряжение ждет и требует разрядки. Смех переводит энергию напряжения (страха, тревоги, боли и др.) в энергию жизни, освобождает ее для движения.

Самый глубокий слой личности тот, что хранит затаенную боль. Это место «нежизни». Здесь заканчивается радость и там же может начаться новая. Через улыбку. По словам Ивана Ильина «человек преображает свою боль в улыбку и тем самым преодолевает ее». В этом целебная и защитная функция юмора – «умение улыбнуться в своих страданиях». Как любимый мозоль нуждается в защите от случайной встречи с чужой ногой, так и боль души нуждается в ограждении от случайного, тем более намеренного, касания.

Итак, юмор может являться прекрасной формой осознанной психологической защиты. Благодаря смеху и улыбке тяжелая ситуация представляется не такой уж безысходной.

Смех над собой

Беда многих людей (и наших клиентов) в том, что они порой слишком серьезно относятся к себе и к имеющимся у них трудностям. Простая истина, что «легкая придурковатость делает человека практически неуязвимым» – по плечу не всем. Между тем, человек умеющий видеть в грустном смешное, умеющий посмеяться над собой, над обстоятельствами, над трудностями притягивает к себе. От него «веет» жизнью. И он сам есть жизнь.

Полезность юмора и смеха бесспорна. Он пробуждает желания, ресурсы, жизнь. А потому психологу, имеющему дело с человеческими страданиями, имеет смысл принять юмористическую установку к себе и к жизни – признавая свое несовершенство (личностное и профессиональное), позволяя себе добрую шутку и смех «над тем, над чем смеяться нельзя», он сможет более эффективно помогать своим клиентам переносить «невыносимую легкость бытия».

Ψ

ОТЧАЯНИЕ КЛИЕНТА И НАДЕЖДА ТЕРАПЕВТА

Дмитрий Витальевич Лицов
руководитель
Людмила Юрьевна Дерябо
руководитель
Психологический центр Vitality
Рига

*Когда жду клиента, я надеюсь на профессию
Когда он приходит, я надеюсь на себя
Когда он молчит, я надеюсь на то, что между нами
Когда он плачет, я надеюсь на него
Когда он умирает, я надеюсь на Бога.*

Отчаяние — одно из самых тяжелых и невыносимых состояний в жизни человека. Безысходность, бессилие, беспомощность, бессмысленность, безнадежность, ощущение, что летишь в бездну – находясь в подобном предельном ужасе, человек ищет опору, готов хвататься за любую соломинку. В отчаянии обостряется «вечный» вопрос – «Быть или не быть». С явным перевесом в сторону «не быть»: нарушается (ослабляется или вовсе теряется) внутренний стимул жизни, ее ЗАЧЕМ, а в итоге – душевное одиночество, душевная боль, невыносимость жизни, тоска. *Пытка существования.* Отчаяние и страшно именно тем, что существование становится пыткой, становится ОТ-ЧАЯНИЕМ - мучительным движением души от источников жизни - ОТ ЧАЯНИЙ, а значит от-надежд, от-мечтаний, от-ожиданий. Сознание сдавливается, как петля, сужается до точки – точки невыносимости и одновременно с этим запускается мощная энергия саморазрушения – некая самозакручивающаяся воронка, утягивающая человека в сторону «не бытия», в сторону ОТ жизни.

Отчаяние – это всегда «теснота души», всегда сужение сознания с концентрацией всех душевных сил исключительно лишь на событии, которое привело к отчаянию. Когда потеряно ЧТО-ТО очень ценное и важное, но переживается, что потеряно ВСЕ – целиком и полностью, что НИЧЕГО не осталось, что жить нечем и незачем, что если «этого» (утраченного) нет, то больше НИКОГДА и НИЧЕГО не будет вообще.

Отчаяние может быть острым, наступающим, как удар молнии или длительно существующей, затяжной, хронической пыткой, но его всегда сопровождают два ключевых момента – невозможностью ответить на вопрос ЗАЧЕМ (жить) и уверенностью в НИКОГДА (не буду счастлив). «Отчаяние — это страх без надежды».(Рене Декарт)

Отчаяние, тем более предельное отчаяние клиента - это особый вызов для терапевта. Что он может предложить клиенту кроме своего присутствия? **НАДЕЖДУ.**

Надежда - это то, на что полагается человек, что дает силы и желание двигаться. Одна из трех христианских добродетелей (наряду с верой и любовью). Надежда так и проявляется - через некое движение, начинающееся в клиенте. Надежда стимулирует действие. Но возможно и наоборот – когда движение стимулирует надежду. Терапевт является носителем надежды. Чтобы быть носителем надежды, нужно в себе ее иметь. Сталкиваясь с отчаянием клиента, терапевт особенно остро ощущает как свою силу, так и свое собственное бессилие и уязвимость. Во многом это зависит от личного опыта преодоления отчаяния и обретения надежды. В работе с клиентом, испытывающим отчаяние, психотерапевту имеет смысл задать себе вопросы: *в чем моя надежда? Как она пришла в мою жизнь? Находясь в отчаянии, как я обрел надежду? Кто или что помогло мне ее вернуть и обнаружить? На что я надеюсь в работе с клиентами? В работе с данным конкретным клиентом?*

Как на практике, в конкретном терапевтическом процессе, помочь человеку, пребывающему в отчаянии, обрести надежду. На надежду нельзя «указать», невозможно «уговорить» надеяться, надежду нельзя взять и передать клиенту, также как и невозможно волевым усилием заставить себя (или другого человека) надеяться. Это состояние меньше всего основано на доказательствах и обоснованиях; не содержит в себе волевого начала, в нем больше иррационального, интуитивного, эмоционально-бессознательного. Надеждой можно утешиться. А для этого и нужна понимающая душа другого человека, его поддерживающая рука и внутренняя спокойная убежденность в том, что преодоление возможно, что надеяться возможно и нужно, даже вопреки объективной реальности. «*Contra spem spero*» (*лат*) – *Надеюсь вопреки надежде.* НАДЕЖДА дана всем по факту рождения, она заложена в саму природу человека и никогда, ни при каких обстоятельствах не исчерпывается до конца. Недаром на дне ящика Пандоры осталась лишь Надежда, делающая человека способным смягчать, превозмогать, а зачастую и побеждать объективный трагизм жизни. Душа – болящая и страдающая - содержит в себе семена надежды, росточки надежды, которые нужно лишь помочь человеку обнаружить в себе и не торопясь, бережно взрастить. Более того – надежда зарождается и произрастает именно в критических, отчаянных ситуациях, «на грани», «на изломе», «на пределе» душевных сил, тогда как в обыденной жизни находится скорее в латентном состоянии, проявляясь в мечтах и ожиданиях.

Именно в этом и заключается активность надежды – сама по себе надежда придает смысл действиям, поддерживает волю к жизни, возвращает человеку чувство контроля над обстоятельствами собственной жизни. Если у терапевт чувствует надежду, он может ее показывать клиенту, транслировать. И тогда клиент может «заразиться» надеждой.

Важно помочь клиенту увидеть свое отчаяние, соприкоснуться с ним (в случае скрытых форм), «пройти через отчаяние», увидеть скрытую энергию этого состояния, разморозить ее и помочь перенаправить от «минуса» к «плюсу» - от саморазрушения к бытию-с болью. Для прошедшего через отчаяние возможность просветления, духовного роста и обретения подлинного Я возрастает многократно, что проявляется в опыте работы с онкобольными. Позитивным исходом отчаяния может быть принятие реальности и собственного бессилия (в каких-то вопросах) или открытие новых перспектив и смыслов, которые могут привести к появлению надежды, желанию «быть».

Ψ

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ

Малкина Наталья Владимировна

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи

«Детский паллиатив»

Психолог

Одним из проектов Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив» является Мобильная служба паллиативной помощи, цель которой – комплексное оказание помощи семьям, в которых растут дети с неизлечимыми, ограничивающими срок жизни заболеваниями. В состав мобильной службы входят врачи, медицинские сестры, социальные работники и психологи. Деятельность психологов выездной службы имеет ряд особенностей, среди которых:

Первая – невозможность соблюдения сеттинга – необходимых условий и ограничений для проведения консультаций:

- зачастую не соблюдается регулярность консультаций/коррекционно-развивающих занятий, что связано с частыми заболеваниями или госпитализациями детей. Это снижает самоорганизацию клиентов и формирование уверенности и доверия;

- зачастую не соблюдается договоренность о продолжительности консультаций/коррекционно-развивающих занятий, что связано с необходимостью ухода за ребенком. Это снижает возможности формирования доверия и самораскрытия клиентов;

- консультации/коррекционно-развивающие занятия осуществляются на территории проживания клиентов, что в меньшей степени, по сравнению с нейтральной территорией, способствует формированию ощущения безопасности клиентов и их самораскрытию. Факт выезда психолога на дом также снижает мотивацию и работоспособность клиента в случае, если

он – взрослый, и способствует быстрому прохождению этапа создания работоспособности в случае, если клиент – ребенок. Возможность видения условий проживания клиента – также важный диагностический аспект;

- клиент не оплачивает работу специалиста, что снижает его мотивацию и ответственность.

Вся совокупность аспектов сеттинга позволяет достичь большего терапевтического эффекта, в том числе и потому, что оказывает неосознанное положительное влияние на процесс консультирования. В случае же работы психологов мобильной службы паллиативной помощи нарушения носят комплексный характер.

В ситуации, когда внешних границ почти нет, необходимо формировать и укреплять внутренние границы. Как это можно делать:

А) стремиться постоянно возвращать себя в рабочую позицию (например, вопросом «Что здесь происходит?» и попыткой осознания широкого контекста (консультативный контракт, предыдущая консультация и пр.);

Б) уделять больше внимания совместному рассмотрению с клиентом особенностей работы и зон ответственности;

В) сохранять внутреннее спокойствие (для этого необходима профилактика синдрома эмоционального выгорания).

Вторая особенность – работа в команде. С каждой семьей работает несколько человек. Эта особенность имеет свои преимущества и недостатки:

- психолог может получить от коллег дополнительную информацию, которая поможет формированию образа и пониманию клиента;

- в то же время психолог может получить от коллег дополнительную информацию, которая будет препятствовать работе с клиентом. Сведения о клиенте и его жизни, поступающие не от самого клиента, разрушают целостность представления о клиенте и снимают фокус внимания с клиента;

- психолог может попросить коллег о том или ином стиле взаимодействия с клиентом, который будет терапевтическим для него;

- клиенты воспринимают психолога как члена команды и распространяют на него свои представления о команде в целом, что препятствует желательной для достижения терапевтического эффекта нейтральности специалиста.

Безусловно, работа психолога выездной службы является очень важной. Однако она имеет ряд особенностей, которые специалист должен учитывать для достижения большей эффективности.

ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПАТОЛОГИИ МАЛЫША

Масленникова Елена Сергеевна
*МУЗ «Детская городская больница» г. Клин
Медицинский психолог*

«Материнская любовь – это милосердие и сострадание, дающие человеку силы справиться с жизненными невзгодами. Безусловное принятие, как правило, рождает у ребёнка чувство спокойствия и уверенности в себе».
Филитова Г.Г.

4 сентября 2014 года Министерство Здравоохранения Российской Федерации выпустило рекомендации №15-4/10/2-6725 для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах» для использования в работе медицинских организаций, оказывающим помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде.

В особую группу входят женщины с риском рождения детей с врождёнными нарушениями развития. В г.Клин разработана медико-психологическая система «Растём вместе» сопровождения таких семей. Становление диады «малыш-мама», основа благополучного результата, при любом варианте разворачивания событий. Что самое опасное то, что родители, нарисовав себе образ малыша, сталкиваясь с жестокой реальностью, переживают утрату безоблачного родительства. В семье происходят процессы перерождения прошлой, знакомой семьи на новую неизвестную. Важно принять себя в новой роли, женщины – матери, мужчины - отца.

Ребёнок родится с «недостатками». Родимое пятно, врождённые уродства, неправильная форма головы, в подобных случаях малышу, такие особенности, огорчающие родителей неизвестны. Зато малыш хорошо понимает состояние мамы, которая тревожится, думая о малыше, хмурится. Когда он родится, упираясь взглядом в то, что её не устраивает в ребёнке не принимая и расстраивается, транслируя: что ты не такой, каким бы мне хотелось тебя видеть.

Разумеется, Вы любите малыша самого, а не любите только эти неприятные его особенности, но разобраться в том - что он не такой как все он сможет спустя несколько лет, а возможно при своевременном медицинском вмешательстве и успешной реабилитации его полнейшее восстановление. Если Вы посмотрите на себя со стороны, глазами лежащего перед вами человека, то поймёте что ребёнок и его недостатки - это совсем разные вещи. Конечно же, лечение различных аномалий в развитие ребёнка необходимо и обращаясь к малышу, принимая его таким - какой он есть с любовью и поддержкой, он будет понимать, что он желанный «Вы есть у него, а он есть у Вас - и это самое главное!». Необходимо первые встречи проводить и женщиной и мужчиной вместе, так как воспринимается ситуация по-разному. Это помогает отцу принять, рассказать об особенностях ухода и развития малыша с первых дней жизни, это важно: так как женщина принимает решения на эмоциональной волне, а мужчина слышит и в дальнейшем налаживает процесс по реабилитации малыша, являясь опорой для матери и ребёнка.

При выявлении осложнений идёт сопровождение по следующему плану:

1. Происходит максимальная медицинская оценка заболевания внутриутробного ребенка (максимально точная постановка диагноза экспертной комиссией).

2. Подробное информирование родителей о диагнозе и всех современных методах лечения этого заболевания:

можно ли оперативным или другим путем вылечить ребенка,
каково будущее качество жизни ребенка, не грозит ли ему инвалидизация,

какова средняя продолжительность жизни при данном пороке,
необходима одна операция или несколько,
какова технология проведения этих операций, возможно ли выбирать между различными типами операций,
насколько порок ребенка угрожает здоровью матери во время беременности,

какова будет стоимость лечения ребенка и матери во время беременности, родов и после рождения ребенка,

позволяет ли материальное состояние родителей обеспечить полноценное лечение и реабилитацию ребенка,

оперативное и другие методы лечения могут быть выполнены в России или обязательным будет обращение к зарубежным специалистам.

В г. Клин малышей с врожденным пороком сердца отправляют по бюджету на лечение в ГБУЗ МОПЦ г. Балашиха, по адресу: шоссе Энтузиастов, д.12. Хирургически корригируемые врождённые пороки - Люберецкая Детская больница №3, адрес: г. Люберцы, ул. Мира д.6. Так же Управление здравоохранения г. Клин использует для помощи таким семьям федеральные или областные квоты на лечение.

3. Предложение консультации со специалистами, имеющими опыт и знания в лечении и профилактике прогрессирования именно этого заболевания.

4. Поиск спонсорской помощи для оказания лечения, необходимого во время беременности и после родов.

5. Поиск усыновителей для ребенка после рождения в случае отказа родителей от его воспитания [5]

6. Если малыш остаётся в семье, дальнейшее сопровождение специалистами ранней помощи «Растём вместе» на базе Детской поликлиники.

В результате обзора методов восстановления и формирования высших психических функций ребёнка, на сегодняшний день известны следующие методы:

Нейропсихологический подход. Исследование «зеркальных» нейронов, отвечающих за способность сопереживать, ставить себя на место другого человека, эмоционально быть включённым в действительность, проигрывая модели поведения во внутреннем плане [9]. Проводя первые дни в больнице, дети лишены нормального эмоционального общения с мамой, поэтому нарушается импринтинг.

Помощь по восстановлению психических функций при воздействии цветом (голубой – успокаивает, снимает тонус, оранжевый придаёт сил)[7].

Сеансы прослушивания классической музыки Моцарта, Вивальди, Музыки золотого сечения, что гармонизирует системы организма и структуры головного мозга [6].

Исцеление водой из пирамид Голода, открытое профессором А. Г. Антоновым и его коллегами из российского НИИ Педиатрии, Акушерства и Гинекологии [4]

«Мамин» массаж, упражнение тесто – прикладываем руки к голове, как бы вылепливая голову, ушки, шею и т.д. до опоры ножкам, это формирует тактильные ощущения от собственного тела. Игры, потешки [1, 11].

Танцевально – двигательная терапия с мамой на руках движения под музыку, формирует пространственные представления тела[9, 11].

Когда необходимо прервать беременность из-за угрозы жизни мамы или малыша, то проводится психологическое сопровождение утраты. Человек не может смириться с двумя вещами: это временем или способом потери. Каждый из нас с вами надеется на лучшее, но если вместе с потерей малыша, женщина «умрёт» как мама, то она не сможет, построить адекватные отношения со своими будущими детьми и часть её личности будет болеть. Поэтому необходимо перевести всю скорбь и печаль в благодарность, за то, что пусть и 1 день или 9 месяцев беременности малыш был с нами [10]...

Литература:

Абдулаева Е.А. Роль динамических игрушек в развитии ребёнка. Журнал «Психологическая наука и образование» №2-2011

Ахутина, Н. М. Пылаева. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: ПИТЕР, 2008.

Грентли Дик-Рид. Роды без страха. Оригинальный подход к естественному рождению ребенка. 1984

Дэвид Уилкок. Исследование поля источника. Электронный ресурс http://divinesmos.e-puzzle.ru/list.php?c=knigi_uilkok

Кущенко О. С., <http://www.prolife-science.ru/>, Книга «Аборт или Рождение? Две чаши весов» Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. СПб, 2011 год.

Назарова К.А., кандидат психологических наук, «Методика оздоровления и развития личности с помощью функциональной музыки», ВНИИТЭ

Орлова В.А., доктор медицинских наук, «Методы цветозвуковой оптимизации функционального состояния на примере «НИРОТРЕНАЖЕРА-антистресс».

Поневаж Е.В. Портал психологических изданий PsyJournals.ru – <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n1/Ponevazh.shtml> [Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания - Клиническая и специальная психология - 2014/1]

Рамачандран В.С. Мозг рассказывает. Что делает нас людьми. Вилейанур Рамачандран/ Пер. с англ. Елены Чепель/ Под научной редакцией к.псих.н. Каринэ Шипковой.М.; Карьера Пресс, 2012. – 422 с.

Савеличева В.Л. ,доктор психологии (Dr. Ps), «ИРПси терапия при критических состояниях жизнедеятельности», руководитель психологического центра «Вера».

Смирнова Е.О., Н.Н. Авдеева, Л.Н. Галигузова, А.О. Дробинская, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. ВОСПИТАНИЕ МАЛЫША В СЕМЬЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ТРЕХ ЛЕТ: Советы психолога. М.: АРКТИ, 2004. – 160 с. (Развитие и воспитание).

Филиппова Г.Г. Беременность. Консультации акушера-гинеколога, психолога/ Г.Г. Филиппова, Е.Ю. Печникова, Е.И. Захарова,- М.: Эксмо, 2008.-224 с. – (Ребёнок и уход за ним).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Русина Наталья Алексеевна

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная
медицинская академия» Минздрава России*

Заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО

При работе с пациентами онкологического профиля необходимо учитывать гендерные личностные особенности.

Общее: Защита «компенсация» дает возможность и женщинам, и мужчинам найти замену дефекту нестерпимого подавляемого чувства раздражения в другой сфере жизнедеятельности: в работе (чаще мужчины), в детях (чаще женщины). Избирая «умственный» способ реагирования, они уходят от мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций, снижая ценность своего негативного опыта. Показатели по всем механизмам психологических защит и у женщин, и у мужчин превышают норму. Показатели практически по всем копинг-реакциям, за исключением «поиска социальной поддержки» у женщин, ниже нормы.

Различия: Не выявлена значимость различий мужской и женской выборки по степени выраженности личностных тенденций. Для мужчин характерны значимо более высокие баллы по механизму «отрицание»: когда возникает конфликт при проявлении мотивов, противоречащих основному установкам личности, которые угрожают самоуважению или социальному престижу, они чаще отрицают обстоятельства внешней реальности. Защита «регрессия» достоверно выше у женщин: они стремятся избежать тревоги через решение простых задач с помощью привычных стереотипов, им свойственна более слабая степень самоконтроля. Защита «компенсация» значимо выше у женщин: им свойственно искать подходящую замену реального недостатка другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования качеств у другой личности, чтобы избежать конфликтов с ней и повысить чувство собственной самодостаточности. Они оказываются большими мечтателями, ищущими идеалы, чем мужчины. Защита «реактивные образования» достоверно выше у женщин: для них свойственно предотвращать выражение неприятных мыслей, чувств, поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Копинг-реакции у женщин выше, чем у мужчин. Достоверно выше конфронтативный копинг: агрессивные усилия по изменению ситуации; самоконтроль: усилия по регулированию своих чувств и действий; поиск социальной поддержки: усилия в обнаружении информационной, действенной и эмоциональной поддержки. Эргопатический и апатический типы отношения к болезни значимо выше у мужчин: они «уходят от болезни» в работу, их характеризует сверхответственное отношение к работе, стеничность, большая, чем до болезни, стремление сохранить профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности. В случае полного безразличия к своей судьбе происходит утрата интереса к жизни, наступает вялость и апатия. Тревожный и ипохондрический типы достоверно выше у

женщин. Они более беспокойны и мнительны в отношении лечения, ищут новые способы лечения, «авторитетов», проявляют интерес к объективным данным обследования. Им свойственно чрезмерно сосредотачиваться на субъективных ощущениях, преувеличивать их, обследоваться у авторитетных специалистов и бояться вреда процедур.

С целью определения эмоционального состояния использовался метод свободных ассоциаций понятий, который позволил определить скрытое содержание эмоционального поля. У мужчин наибольший вес имеет фактор «Крик»: «ругань», «агрессия», «раздражение», «злость», «ненависть» и т.д. 2-й фактор с центром «Одиночество»: «потеря», «печаль», «слезы», «грусть», «боль», «тоска», «болезнь», «умиротворение», «смерть», «раздражение» и т.д. Данный фактор имеет более жесткую структуру и может рассматриваться как базовый. 3-й фактор «Радость»: «улыбка», «смех», «счастье», «здоровье», «веселье» и т.д. 4-й фактор «Здоровье»: «близкие», «семья», «дети». Категория «болезнь» встречается только в одном графе при базовом подавляемом эмоциональном состоянии мужчин «Одиночество». Анализ психосемантического поля женской выборки показал следующее. 1-й фактор «Слёзы»: «болезнь», «печаль», «тоска», «грусть», «горе», «разлука», «одиночество» и т.д. Этот фактор наиболее жестко структурирован и может считаться базовым для женской выборки. 2-й фактор «Ребенок»: «дом», «смех», «здоровье», «покой», «счастье», «улыбка», «друзья», «хорошее настроение» и т.д. 3-й вес - фактор «Злость»: «обида», «крик», «недовольство», «ссора», «гнев», «агрессия», «болезнь» и т.д. 4-й фактор - «Увлечение»: «любовь», «страх», «болезнь», «желание», «чувство», «безумие» и т.д.

Категория «болезнь» встречается в трех факторах при базовом подавляемом эмоциональном состоянии женщин «Слёзы». Вес отрицательных факторов в обеих выборках превышает вес положительных факторов. Смысловое семантическое поле пациентов демонстрирует депривационный характер отрицательных эмоций, которое при наличии характерологических особенностей реализуется трудностями оценивания и отреагирования эмоций и ложится в основу неэффективных стратегий общения, проявляется в дефиците копинг-ресурсов, в преобладании механизмов защиты протективного типа, в конфликтном самоотношении. Данная ситуация приводит к реализации механизмов аутоагрессии, реализующихся опухолевым соматическим процессом.

Ψ

ГИПЕРДИАГНОСТИКА И ИЗБЫТОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сагальчик Л. М. онкоуролог

Минский Городской Клинический Онкологический Диспансер.

Республика Беларусь

В июне 2014 года состоялась сессия Американского общества Клинической Онкологии, которая называлась «Гипердиагностика и избыточное лечение рака: доводы и контрдоводы. Тема гипердиагностики и ненужного лечения сегодня является весьма актуальной и для онкологов.

Наше понимание парадигмы развития рака продолжает углубляться. В исторической перспективе, онкологи, ученые и практикующие врачи, представляли себе прогрессирующее раку как последовательный и «упорядоченный» процесс, считая, что путь от клеточной атипии пролегает, через рак *in situ*, к местной инвазии, регионарному распространению, и, в конечном счете, к отдаленному метастазированию. Это послужило основанием для того, что в течение последних 30 лет «ранняя диагностика» (выявление процесса на как можно более раннем этапе, что само собой подразумевало и немедленное его лечение) считалась единственно возможным методом снижения смертности от онкологических заболеваний, и общественное мнение еще в очень большой мере придерживается этой парадигмы мышления. Однако, по мере накопления новых знаний о биологии и естественной истории развития рака в человеческом организме, становится очевидной необходимость более дифференцированного подхода, с учетом нюансов, игнорировать которые на сегодняшний день уже неправомерно. Многие виды рака в определенных ситуациях (например, в определенных возрастных группах) протекают безболезненно и, в конечном итоге, вряд ли могут проявиться в виде развернутой клинической картины заболевания (например, некоторые случаи рака простаты низкого риска).

В то же время, в рамках парадигмы «раннее выявление спасает жизни», эти не представляющие опасности процессы обнаруживаются в ходе скрининга, результаты которого затем вызывают беспокойство пациента и часто провоцирует применение агрессивных методов лечения, могущих приводить к тяжелым медицинским (и финансовым) последствиям для пациента и увеличению (неоправданному!) финансового бремени для системы здравоохранения. И наоборот, многие виды рака, которым предстоит стать клинически очевидными, имеют гораздо более быстрый темп прогрессирования, и в этом случае «окно возможностей» скрининга недостаточно велико, что делает скрининг неэффективным.

Необходимость сдвига парадигмы (для медицинских работников и пациентов) очевидна; менее очевидным является то, что требуется рефлексия по поводу происходящих сдвигов в онкопсихологическом сообществе. Хотя чем дальше, тем чаще, онкопсихологи будут сталкиваться с ситуацией, когда их посредничество между врачебным сообществом и пациентами или обществом в целом в широком смысле между производителями и потребителями медицинских услуг, фактическими или потенциальными будет необходимо, как на уровне индивидуальных пациентов (принятие решения, выбор и ответственность за него), так и на уровне социальных инициатив (психологическое сопровождение скрининговых проектов: привлечение к участию, осознание возможных последствий, принятие решения и ответственность за него). Для разработки подходов к работе с проблемой необходимым этапом является осознание ее существования.

Так, например, поиск ресурсов пациентами, обращающимися к онкопсихологу (а обращаются, в конечном итоге, именно за этим), может потребовать актуализации трансгенерационной травмы (болезнь и смерть старших родственников от рака в период, предшествовавший наблюдаемому сегодня paradigm shift), осознанию ее и переосмыслению. Фоном этой психологической ситуации является на сегодняшний день многократно взросшая возможность выбора, (причем не только в плане диагностических и лечебных подходов в онкологии, о чем говорилось выше, но и в более широком контексте – выбора врача, лечебного учреждения, способа оплаты лечения, не говоря уже о еще более широком общественном - не медицинском контексте, что для постсоветского пространства все еще является относительно новым опытом, не ставшим объектом научной рефлексии в профессиональном сообществе онкопсихологов, а также возникновение и крушение множества иллюзий, важнейшей из которых, ИМНО, является вера в возможность превращения врачевания в точную науку с помощью т.н. доказательной медицины. Фокусом онкопсихологии как помогающей практики может стать разрешение обострившегося конфликта между ранее интериоризированными отношениями, моделями поведения, такими, например, как патерналистская модель отношений врач-больной или – шире: государственная медицина – пациенты и их родственники, и т.д.) и новым опытом, не успевающим осознаться. «Подкинувшее» психологам проблему overtreatment медицинское сообщество, которое пребывает внутри своего процесса сдвига парадигмы и имеет свой спектр подходов, в принципе иной, чем у психологического сообщества, психологам в этом не поможет, эту работу им предстоит делать самим.

Ψ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ СЕАНСОВ РЕЛАКСАЦИИ

Сивохина Татьяна Александровна
*зав. отделением реабилитации ГБУЗ СОКОД, д.м.н, доцент кафедры
медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии
и курортологии ИПО СамГМУ, старший научный сотрудник НИИ
Восстановительной медицины и реабилитации СамГМУ. Самара*

Храмкова Ольга Владимировна
*психолог отделения реабилитации,
Самарский областной клинический онкологический диспансер*

Введение

В работе представлены результаты исследования особенностей психокоррекции эмоционального состояния женщин больных раком молочной железы с помощью сеансов релаксации.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 99 женщин (27-70 лет, средний возраст $49,7 \pm 1,4$) с диагнозом рак молочной железы 1 и 2 стадии. Психологическое обследование проводилось с помощью беседы, теста рисуночной фрустрации С.Розенцвейга, теста выбора цвета М.Люшера, опросника тип отношения к болезни (ТОБ). Исследование проводилось в два этапа: первый этап – дооперационный, второй этап – перед выпиской. Продолжительность нахождения пациентов в стационаре в среднем составляет 14 дней. Сравнительный анализ проводился по результатам первого и второго этапа для выявления динамики состояния пациента.

После первичного обследования методом случайного выбора пациенты были разделены на две группы: первая (основная) - 46 пациенток, которые проходили психокоррекцию с помощью сеансов релаксации, вторая (контрольная) – 53 пациентки, которые не проходили сеансов психокоррекции. Занятия проводились в группах из 3-5 пациентов 5 раз в неделю по 45 минут в целом (общий курс 5 занятий). Сеанс включал первоначальную беседу (10 минут), непосредственно сеанс релаксации (20 минут), заключительная беседа, как обратная связь от пациенток (15 минут).

Результаты исследования

На дооперационном этапе в ходе сбора первичного анамнеза (беседы) была выявлена алекситимия. Анализ данных теста рисуночной фрустрации С.Розенцвейга выявил низкий уровень психологической стрессоустойчивости и наличие дезадаптации у 87 (87,8%) пациенток в общей выборке (у 43 (93,5%) пациенток основной и у 42 (79%) – контрольной группы), на что так же указывают данные полученные тестом цветовых выборов М.Люшера. Также в общей выборке у 38 (38,4%) пациенток в качестве основной формы защиты выявлено отрицание существования конфликтной ситуации, сопровождающееся подавлением агрессии, соответственно у 25 (54,4%) пациенток основной и у 13 (25%) – контрольной группы.

На втором этапе психодиагностическая процедура в основной группе у 21(46,1%) пациентки в общей выборке выявила тенденцию к росту уровня социальной адаптации и повышению стрессоустойчивости, наряду с принятием на себя ответственности за сложившуюся ситуацию у 32 (69,2%) пациенток в основной группе ($p < 0,05$), в контрольной – при сохранившемся вытеснении значимости конфликтной ситуации, наблюдалась тенденция к снижению уровня стрессоустойчивости и нарастание уровня дезадаптации у 42 (80%) пациенток ($p > 0,1$). Что так же подтверждается результатами, полученными тестом Люшера

Тип отношения к болезни в обеих группах остался неизменным - эргопатическим, снизились лишь показатели выраженности ($p > 0,1$).

Выводы

Применение психокоррекции в виде релаксации привело к повышению психологических резервных возможностей пациенток за счет снижения уровня тревоги, понижения уровня алекситимии, повышению стрессоустойчивости и уровня социальной адаптации. У пациенток с высокими показателями по шкале тревожного типа отношения к болезни, эффективность проведенных

сеансов релаксаций заметно снижена на фоне общей тенденции, что указывает на необходимость применения более широкого спектра психодиагностических методик, что в дальнейшем позволит повысить эффективность психокоррекционных мероприятий.

Ψ

СТРАХ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Сирота Наталья Александровна

*д.м.н., профессор, декан факультета клинической психологии
и заведующий кафедрой клинической психологии
Московского государственного медицинского стоматологического
университета им. А.И. Евдокимова*

Московченко Денис Владимирович

*аспирант кафедры клинической психологии Московского
государственного медико-стоматологического университета
им. А.И. Евдокимова.*

*Центральная клиническая больница №2 им.
Н.А.Семашко ОАО «РЖД», клинический психолог*

Злокачественные опухоли репродуктивной системы остаются одной из актуальных проблем современной медицины. С 2002 по 2007 год заболеваемость женского населения онкологическими заболеваниями репродуктивной системы возросла в целом на 27% (Давыдов М.И., Аксель Е.И., 2009). Современные исследования в клинической психологии свидетельствуют о преобладании показателей психологического дистресса (Johnson R.L., Gold M.A., Wuche K.F., 2010), симптомов посттравматического стрессового расстройства регистрируемых в форме инвазивных переживаний, «вторгающихся мыслей» как воспоминаний о хирургическом и консервативном лечении, так и о возможности прогрессирования заболевания в будущем (Тарабрина Н. В., 2006), аффективных расстройств различного типа и степени выраженности у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы (Шарова О.Н., 2000; Кузнецова А.А., 2009; Монасыпова Л. И., 2012).

При онкологических заболеваниях актуальным является изучение специфической тревоги, оказывающей влияние на совладание с ситуацией болезни. Страх прогрессирования заболевания является одним из наиболее часто встречающихся проблем у онкологических больных (Vickberg S.M., 2003).

Концепцию страха прогрессирования заболевания следует отличать от психиатрической концепции тревожных расстройств. В отличие от понимания тревожных расстройств, главной чертой которых является иррациональность опасений, в контексте онкологического заболевания пациенты действительно

сталкиваются с витальной угрозой, и их реагирование на болезнь сложно отнести к иррациональным переживаниям. Однако пациенты могут испытывать длительные и преувеличенные опасения, что также оказывает влияние на их психологическое благополучие и может способствовать развитию посттравматического стрессового расстройства (Mehnert A. et al., 2009).

Целью проведенного нами исследования было изучение распространенности дисфункционального уровня страха прогрессирования заболевания, связи страха прогрессирования заболевания и психологической дезадаптации у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

В исследовании приняли участие 177 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы ($n=177$). Средний возраст составил $54,66 \pm 6,86$. Все обследованные пациентки проходили стационарное и амбулаторное лечение в Центральной клинической больнице № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва. Было обследовано 59 женщин больных раком молочной железы ($n=59$, шифр по МКБ-10 – C50) из них на начальных стадиях заболевания обследована 21 пациентка, на поздних стадиях 38 (64%), 59 женщин с раком тела матки ($n=59$, шифр по МКБ-10 – C54) из них на начальных стадиях заболевания обследовано 42 пациентки (71%), на поздних стадиях 17 больных, 59 женщин больных раком яичников ($n=59$, шифр по МКБ-10 – C56) из них на начальных стадиях обследовано 24 пациентки, на поздних стадиях обследовано 35 пациенток.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты. Распределение значений уровня страха прогрессирования заболевания статистически отличается от нормального ($p \leq 0,001$). Среди исследованных пациенток у 44% отмечался низкий уровень страха прогрессирования заболевания, в 33% случаев отмечался средний уровень страха прогрессирования заболевания и в 23% случаев у больных выявлялся выраженный (дисфункциональный) страх прогрессирования заболевания. Больные с дисфункциональным страхом прогрессирования заболевания статистически достоверно чаще имели более высокий уровень депрессии ($p=0,05$) по сравнению с пациентами с низким и средним уровнем. Статистически достоверно чаще больные с дисфункциональным страхом прогрессирования заболевания используют такие стратегии совладающего поведения как «Мысленный уход от проблем» ($p=0,01$), «Поведенческое избегание» ($p=0,05$) и «Концентрация на эмоциях» ($p=0,04$). Такие стратегии как «Активное совладание» ($p=0,04$), «Использование инструментальной социальной поддержки» ($p=0,05$), «Принятие» ($p=0,04$) и «Позитивное переформулирование» ($p=0,02$) и «Сдерживание» ($0,01$) характерны для пациенток со средним и низким уровнем страха прогрессирования заболевания.

Таким образом, больные с дисфункциональным страхом прогрессирования заболевания в большей степени эмоционально реагируют на лечение и заболевание в целом, они обеспокоены лечебными процедурами и тем, что лечение может повредить им. Больные обеспокоены тем, что их близкие могут заболеть аналогичной болезнью и тем, что будет с семьей,

если с ними что-то случится. В то же время в данной группе статистически достоверно выше обеспокоенность возможностью утратить самостоятельность из-за угрожающего жизни заболевания.

Для больных со средним и низким уровнем страхом прогрессирования заболевания характерным является умеренно выраженный уровень эмоциональных реакций в ситуации болезни, беспокойств, связанных с семьей и возможностью утраты автономии. Кроме того у больных в данных группах отсутствовали достоверно выраженные симптомы депрессии. Совладающее поведение в данных группах характеризуется использованием проблемно-ориентированных стратегий, сочетающих в себе, с одной стороны, ожидание подходящего для действий момента и воздержание от слишком поспешного, импульсивного поведения, с другой — готовность предпринимать активные шаги, направленные на преодоление болезни.

Ψ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ «ПЕСОЧНОЙ» ТЕРАПИИ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Олег Альбертович Старостин

*Кафедра факультетской терапии ВМедА им. С.М. Кирова
к.м.н. , врач-психотерапевт отделения онкогематологии*

Елена Валентиновна Шиманская

Хоспис №1, Психолог-консультант

В настоящее время возможности «песочной» терапии продолжают активно расширяться: возникают различные модификации метода, появляются новые формы и техники терапевтической работы с песком. Первоначально формированием концепции «песочной» терапии занимались в основном представители «юнгианской» школы, но со временем «песочная» терапия стала претерпевать изменения в зависимости от того какое направление психотерапии использовало её.

В рамках холистического (целостного) подхода, мы также развиваем новые техники и методики в работе с песком без использования игрушек и дополнительных предметов.

Нами замечено, что у большинства пациентов онкологических клиник, хосписа в той, или иной степени встречается фобическая симптоматика, что, вероятно, связано с осознанием ими конечности бытия и актуализации «главного» экзистенциального страха — страха смерти. Мы активно используем песок, чаще всего полувлажный в психокоррекции подобных и других эмоциональных переживаний наших пациентов.

Во время психотерапевтической сессии пациент располагается, как правило, стоя. Мы предлагаем ему включать всё тело в терапевтический процесс, и, тем самым, удастся достичь не только заметного мышечного расслабления и эмоционального отреагирования, но и целостного Осознание своих проблем. Часто значительное время сессии психолог-консультант пребывает в молчаливом присутствии вместе с пациентом, поддерживая тем самым внутренний процесс терапевтической трансформации.

Во время сессии фигурки и дополнительные предметы мы не используем. И хотя некоторые пациенты, привыкшие работать в традиционном формате песочной терапии, вначале этому факту удивляются, но потом им в полной мере удастся оценить все преимущества нашей методики: время консультации значительно сокращается, полученный опыт изменений ощущается «всем телом прямо здесь-и-сейчас».

Нами предложен укороченный вариант сессии: просим пациента «не кормить проблему», рассказывая все подробности истории своей болезни, а прописать на бумаге свои страхи, гнев, стыд, сожаления и другие эмоции, чувства и переживания, а затем уже работать по выбору с этими чувствами по мере уменьшения значимости.

Кроме того, мы посещаем палаты с маленькой переносной песочницей.

Пациенты рассказывают целые истории, иногда просто «перебирают» и «воршат» песок. Взаимодействие с песком «уносит» их мысли далеко от болезни, нормализуя психо-эмоциональное состояние.

Полувлажный песок, без дополнительных предметов и игрушек мы также используем в психокоррекционной работе с персоналом хосписа, особенно когда сотрудники испытывают трудности в озвучивании своих проблем на начальных этапах установления контакта. Сотрудники молча опускают руки в песок, взаимодействуют с ним, и достигая расслабления порой менее чем через тридцать минут.

Появление в 2013 году в Швеции нового пластического материала – «подвижного» («живого») песка, состоящего из кварцевого песка (98 %) и современных полимерных материалов (2 %), обладающего бактериостатическими и гипоаллергенными свойствами, определило появление новой авторской методики – «плассотерапии» (О.А. Старостин, 2014), где основным инструментом терапевтического взаимодействия стал этот уникальный по своим свойствам материал.

Плассотерапия (от греч. Πλάσσω – леплю, Θεραπεία – лечение, оздоровление) – психокоррекционная практика с использованием нового пластического материала, так называемого, «психодинамического», «подвижного», «живого» песка (kinetic sand, Швеция, 2013).

Сессия Плассотерапии проводится без использования песочницы, что принципиально отличает её от других методик и техник «песочной» терапии. Для полноценной работы достаточно обычного письменного стола, на поверхности которого клиент (клиенты) при взаимодействии с консультантом создаёт (создают) свои, обладающие исцеляющим эффектом, пластические ландшафты. Плассотерапия отличается также и тем, что во время сессии не

используются какие-либо фигурки, игрушки, или дополнительные предметы, так как пластических возможностей материала достаточно для целостного психокоррекционного процесса.

Ингредиенты, входящие в состав «подвижного» песка обеспечивают ему необходимую для лепки пластичность и вязкость, но в тоже время позволяют легко менять свою форму и рассыпаться на мелкие частички, которые продолжают самостоятельно двигаться даже после окончания внешнего воздействия на материал.

Безопасность «психодинамического» песка позволяет использовать его в психокоррекционной работе даже с самыми маленькими (от 3-х лет) клиентами и пациентами с ослабленным иммунитетом, что особенно актуально при работе с онкологическими пациентами.

Диагностика в Плассотерапии основана на индивидуальной эмоционально-логической интерпретации клиентом (клиентами) динамического пространства «живого» песка, отдельных «скульптур» и песочных «картин», «ландшафта».

В терапевтической фазе плассотерапии мы концентрируем своё внимание на телесных ощущениях клиента, возникающих в связи с его переживаниями, то есть на «ощущаемых» переживаниях, которые, по-нашему мнению, и являются наиболее актуальными.

Взаимодействуя с «психодинамическим» песком руки клиента, передают на нём образы своих телесных ощущений - онтологические метафоры, которые позволяют видеть события, явления и факты субъективного мира клиента в едином пространственно-временном континууме. На пространстве стола возникает некая единая субстанция, включающая в себя одновременно и сами сыпуче-пластичные образы телесных ощущений, и связанные с ними эмоции и мысли. Вступая во взаимодействие с «подвижным» песком клиент, образно говоря, сам прокладывает «королевскую дорогу» (*via regia*) к своему неосознаваемому и соприкасается тем самым со своим опытом самоисцеления.

В нашей методике индивидуальной психотерапии мы придаем центральное значение полной телесной вовлеченности клиента в терапевтический процесс во время сессии.

Первой фазой взаимодействия клиента с сыпуче-пластичной субстанцией является фаза первичного контакта. Клиент сосредоточен на своих телесных ощущениях, погружен в них, часто у него закрыты глаза. Клиент внутренне «переводит» свои ощущаемые переживания на язык движений своих рук. Активность клиентов и их вовлеченность в психотерапевтический процесс достигается за счет непосредственного, физического контакта кистей рук клиента, а часто и его предплечий с песком. Даже если клиент просто касается ладонями «психодинамического» песка и внешне кажется пассивным, то, как правило, последующая обратная связь показывает, что в этот момент может происходить очень активный внутренний саногенетический (работает «Внутренний Целитель») процесс. Взаимодействуя с «подвижным» песком руками, клиенты акцентируют свое внимание на тактильных ощущениях, вовлекают во внутренний исцеляющий процесс все свое тело, весь свой «телесный», наиболее «мудрый» и архаичный интеллект.

Вторую фазу взаимодействия клиента с «живым» песком мы называем фазой неопределённости, или хаоса. На этом этапе психотерапевтического процесса руки клиента «хаотично» перемещают материал по поверхности стола, или пола, меняя направление, силу воздействия на сыпучий материал, часто «вспахивая» его, без создания каких-либо завершённых по форме объектов. Вторая фаза психотерапевтической сессии характеризуется тем, что терапевт своими актуализирующими вопросами побуждает клиента по возможности точно и полно передать свои телесные ощущения на терапевтическом пространстве через взаимодействие с материалом. В какой-то момент у клиента появляется ощущение завершенности, как правило, в это время он уже открывает глаза и внимательно рассматривает получившийся «рельеф» и отдельные образы, на которые спроецированы, «вынесены наружу» его внутренние, ощущаемые переживания, связанные с запросом.

В третьей фазе клиент определяет своё эмоциональное отношение к созданным объёмным образам и конфигурациям. Как правило, они не нравятся клиенту, на них проецируются негативные, неосознанные до этого моменты эмоции, связанные с заявленной проблемной зоной. Клиенту предлагается «сделать так, чтобы ему нравилось», «гармонизировать» песочное пространство.

Четвёртая фаза психотерапевтического процесса так и называется - фаза «гармонизации». Клиент, понятным только ему образом, «приводит в порядок», «гармонизирует» пространство «психодинамического» песка, достигая, таким образом, согласия с самим собой и отрабатывая свой запрос. Завершается сессия выходом из контакта, когда клиент больше ничего не хочет менять и часто даже теряет интерес к процессу - это пятая, завершающая фаза сессии.

Часто мы начинаем взаимодействие с пациентами с предложения «просто помять песок левой рукой», объясняя попутно, что «в правом полушарии все эмоции живут, и через руку их можно выпустить наружу». После того, как пациенты принимали «психодинамический» песок как приятный материал, и он приносил им ощутимую пользу в расслаблении, мы предлагаем им поговорить о злости на себя и «поработать с прощением»: прощать себя, одновременно разминая «подвижный» песок.

Предлагаем пациенту говорить: « я прощаю себя за...».

После прощения и принятия себя таким, как есть, можно переходить к прощению других. Мы заметили, что онкопациенты – часто «хорошие девочки» и «хорошие мальчики», они не позволяют себе выражать негативные эмоции, не умеют их выражать, у них определяется в той, или иной степени признаки алекситимии.

Так же мы предлагаем пациенту благодарить своё тело за то, что ещё живо, благодарить те части тела, которые не болели, при этом используя «живой» песок.

Некоторые пациенты лепят из «кинетического» песка фигуры в одиночку, вместе с психологом-консультантом, или психотерапевтом, а кто-то предпочитает это делать вместе со своими родственниками «в несколько рук».

Нами отмечено благотворное воздействие «психодинамического» песка на психику пациентов в целом, коррекцию настроения, улучшения качества жизни.

Поставленный на медицинский пост поднос с «кинетическим» песком способствовал взаимодействию команды хосписа: двое-трое медсестёр, могли одновременно, вместе что-либо лепить, обсуждать, отреагировать свои эмоции через смех, и даже порой примиряться друг с другом.

«Психодинамический» песок, как мягкий, податливый, «живой» материал вызывает приятные тактильные ощущения, а образ «теплого хлеба», «теста» и «пирогов», которые часто возникают в ходе лепки, объединяет людей в общее поле доброжелательности и спокойствия.

В нашем методе «живой» песок является для клиента «одушевленным» - продолжением его индивидуальности, его «неорганической телесностью», «проекцией его души». На песочный «ландшафт», через созданные образы, клиент проецирует все составляющие своей психической целостности: телесные ощущения; эмоции и чувства; ментальные образы и мысли. В конкретной сессии эти проекции будут отражать актуальные переживания клиента в рамках заявленного запроса и наглядно демонстрировать, например, проявленную на «подвижном» песке систему его отношений в актуальной проблемной зоне, позволяет клиенту безопасно и «экологично» перенести вовне, на пространство песочного подноса, внутреннее содержание своих психических переживаний. За счет этого повышается его осознанность до уровня принятия ситуации, раскрывается, присущий каждому индивиду, внутренний потенциал психического здоровья.

В работе со здоровыми людьми по теме «обида» мы используем «психодинамический» и простой полувлажный песок по следующему алгоритму.

1. Мы предлагаем клиенту вызвать в памяти образ «обидчика» и произнести вслух следующие слова: « ..., я прошу у тебя прощения за то, что причинил (а) тебе боль».

После этой фразы клиент наблюдает картины, всплывающие в его воображении и отмечает свои эмоции (ощущаемые переживания) в теле. Это может быть вина и раскаяние, а может быть и обида. После фиксации отрицательной эмоции в теле, начинаем взаимодействовать с песком, экстереризируя свои переживания на пространство песочной картины, или ландшафта.

2. Следующая фраза: « ..., я прошу у тебя прощение за то, что ты причинил (а) мне боль». Несмотря на возникающий у клиентов в большинстве случаев протест (сопротивление), продолжаем взаимодействовать с песком.
3. Далее: «Я прошу прощения у тех людей, боль которых вернулась мне через...» и продолжаем взаимодействовать с песком.
4. Далее: «..., я прощаю тебя за всё».

Как правило, на этом этапе телесность клиента реагирует уже слабыми отрицательными эмоциями, может их уже и не быть совсем, но лучше проверить и вновь утилизировать их через взаимодействие с песком.

5. И, наконец, завершающая фраза: « Я прощаю себя за всё!».

Продолжается взаимодействие клиента с песком, возвращаемся к запросу (обиде) и завершаем работу.

Таким образом, взаимодействия клиента с «подвижным», «психодинамическим», «живым» песком, а также использование обычного полувлажного песка по нашей методике позволяет мягко, но гармонично глубоко достичь частичного, или полного телесно-образного и эмоционально-логического интеллектуального прояснения, Осознания, по поводу своего запроса, что, в свою очередь, приводит к интеграции личности через включение внутренних, саногенетических механизмов самоисцеления.

ψ

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ткаченко Г.А.

к.п.н., медицинский психолог

ФГБНУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина», Москва

Онкологический больной – это очень сложный, особый больной, находящийся в состоянии тяжелейшего стресса, поэтому нуждающийся не только в медицинской, но и психологической помощи.

Постановка онкологического диагноза - стресс для любого человека, поскольку в сознании понятие «опухоль» звучит как синоним обреченности. Многие исследователи, отмечая интенсивность эмоционального напряжения при постановке диагноза рака, пишут, что заболевший воспринимает его как «послание смерти» (Peseschkian N., 1983). Представление о неизлечимости рака, о трудности его лечения, сопряженного с тяжелыми физическими осложнениями, косметическими дефектами (алопеция после проведения химиотерапии, калечащие операции и др.) меняет всю жизнь больного, превращая здорового, социально активного человека в инвалида.

В ряде случаев, не само онкологическое заболевание оказывает инвалидизирующее действие, а последствия хирургического лечения ведут к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своему характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при других заболеваниях. Многочисленные научные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, могут значительно влиять на эмоциональное состояние, нарушая взаимодействие с микро - и макросоциумом, влияя на самооценку и уровень притязаний человека. Это, в конечном итоге, способно вызвать разной степени выраженности деформацию личности, затрудняющее социальное функционирование, выполнение социальных ролей человека, оказать влияние на веру в успех терапии, что является особенно важным в онкологии (Черепкова Е.В., Владимиров Б.С., Бурнашов В.С., Мусинов Д.Р., 2002).

В ответ на стрессовую ситуацию возникают психогенные реакции, среди которых ведущее место занимает тревожно-депрессивный синдром. Согласно некоторым данным отечественных авторов, только депрессия обнаруживается

у одной трети онкологических больных, а повышенный уровень тревоги отмечается за редким исключением у всех больных (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 2002).

С целью скринингового обследования пациентов для выявления тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая позволяет выявить и разделить субклинический и клинический уровень тревоги и депрессии. Кроме этого изучались особенности тревожно-депрессивного состояния в зависимости от этапа лечения.

Высокий уровень тревоги обнаружен у каждого второго пациента (58,7%). Клиническое проявление тревожного состояния характеризовалось напряжением, растерянностью, отчаянием при мысли о заболевании, часто у больных отмечались эмоциональная лабильность: периоды наигранной веселости сменяются вспышками раздражительности, мнительность, они предъявляют жалобы на повышенную утомляемость. У них часто наблюдаются вегетативные истероформные нарушения в виде затрудненности дыхания, тахикардии, которые могут приниматься клиницистами за осложнения основного или сопутствующего заболевания и служить поводом для обращения к терапевтам, неврологам.

Депрессивное состояние в наших наблюдениях встречалось реже - у трети больных, причем тяжелая депрессия отмечалась у 16% обследуемых больных.

Клиническая картина депрессивной симптоматики складывалась из следующих симптомов: подавленность, сниженное настроение, апатия, потеря интереса к происходящему.

Клиника тревожно-депрессивного состояния менялась в процессе лечения.

Так, для истощенных больных (после высокодозной химиотерапии, сложных хирургических вмешательств или осложнений после операции) характерно депрессивное состояние, которое характеризуется быстрой истощаемостью, нарушением сна, раздражительностью.

При длительном лечении (отд.гематологии, ТКМ, лучевые больные) больные фиксируются на факте заболевания, теряют надежду на выздоровление, у них могут появиться настойчивые требования повторных обследований, уход в болезнь и потеря интереса ко всему окружающему, что осложняет взаимоотношения с персоналом, с близкими, они замыкаются в себе, вплоть до появления пассивных суицидальных мыслей.

Хочется заметить разницу в проявлении тревоги у больных перед операцией и в послеоперационном периоде. Перед предстоящей операцией тревогу можно охарактеризовать как ситуативно-обусловленное состояние, связанную с тяжелым психогенным стрессом, в основе которого лежит боязнь операции, ведущей к косметическим дефектам или функциональным нарушениям, зависимости от других людей. Клиническими признаками такой тревоги являются напряжение, беспокойство, нервозность, нарушение сна, и что особо хочется выделить снижение интеллектуально-мнестических функций (рассеянность внимания, снижение памяти, замедление мыслительных функций).

Предоперационная тревога, по мнению многих авторов, является типичной реакцией на предстоящее хирургическое вмешательство у людей любого возраста. Однако, у больных пожилого возраста преобладающим фактором становится непосредственная угроза гибели во время операции. Страх смерти может принимать различные формы: страх нахождения в стационаре (в том числе страх темноты), нарушение ориентации в незнакомом помещении (пошли на исследование – нашлись через сутки), страх одиночества, отказ от операции.

В послеоперационном периоде уровень тревоги, как правило, снижается, что было подтверждено и наших собственных исследованиях. Но с развитием выраженных функциональных ограничений или хирургических осложнений уровень тревоги снова нарастает.

Таким образом, подводя итог, хочется обратить внимание, на то, что клинически проявление тревожно-депрессивного состояния может меняться в зависимости от этапа и длительности лечебного процесса.

ψ

БОЛЬНИЧНАЯ КЛОУНАДА КАК МЕТОД ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Уракова Екатерина Сергеевна

*АНО «Больничные клоуны» - координатор проекта,
психолог-тренер, педагог, больничный клоун,
Казань*

Осознание болезни у ребенка происходит иначе, чем у взрослого. Болезнь воспринимается им как что-то враждебное, непонятное, пугающее и непреодолимое, не дающее возможности общаться с друзьями, жить нормальными для этого возраста интересами [1]. В отличие от взрослого пациента, ребенок не имеет психических ресурсов для осмысления и переживания своего состояния. Поэтому при работе с тяжелобольными детьми применяют один необычный метод эмоционального воздействия - больничную клоунаду.

Этот метод помогает ребенку понятными и доступными ему средствами переработать психотравму, нанесенную болезнью и нахождением в лечебном заведении; помогает выразить свое эмоциональное состояние, свои надежды и желания и настроиться на выздоровление. Больничная клоунада — это деятельность по социально-культурной реабилитации детей в стационарах больниц методами арт-терапии, клоунотерапии и игротерапии [2]. Больничную клоунаду применяют в реабилитации тяжелобольных детей профессиональные больничные клоуны. Впервые они появились в США в 1986 году.

Больничные клоуны похожи на цирковых клоунов только внешне. Их главная задача не развлекать и отвлекать, хотя это тоже присутствует, а стать для ребенка в больнице другом. Больничная клоунада в мире существует уже

более 25 лет. Ее эффективность настолько высока, что многие больницы мира включают больничных клоунов в свое штатное расписание (Канада, Франция, Израиль, США, Бразилия). В России профессиональные больничные клоуны работают в штате больницы в Москве, Казани, Орле, Ростове-на-Дону и Санкт-Петербурге.

Остановимся подробнее на реабилитации детей с онкопатологией, и в связи с тем, что их нахождение в больнице – самое длительное, и они, как никто другой, нуждаются в реабилитации. Каждый ребенок, нуждающийся в длительном лечении, испытывает психологическое давление медицинского вмешательства в свой организм и ему необходима психологическая разрядка и отвлечение с помощью клоунотерапии.

Ребенок, столкнувшийся с продолжительной физической болезнью, может испытывать чувство отстраненности, ненормальности даже после прохождения лечения. Игра, общение, смех могут помочь вернуть в повседневную жизнь ребенка простые детские радости. Методы больничной клоунады можно разделить на: 1. групповую работу в игровых комнатах отделения: ролевые игры, фокусы и интерактивное общение и т.д.; 2. индивидуальную работу в палате: работа по преодолению депрессии, развитие мотивации для лечения, преодоление нарушений пищевого поведения, отвлечение при болезненных процедурах (анестезия смехом) и т.д. Очень тяжелыми для ребенка любого возраста являются первые дни пребывания в стационаре.

Понимание, что он болен чем-то серьезным, страх перед обследованиями, являются одним из факторов, оказывающих влияние на психологическое состояние ребенка. Смена привычной для ребенка домашней обстановки на больничную, разлука с родителями и близкими друзьями накладывают отпечаток на поведение больного ребенка [3]. В таких ситуациях может помочь больничный клоун, так как свою работу он начинает в приемном отделении больницы. На данном этапе больничный клоун помогает ребенку и его близким отвлечься от поставленного диагноза, дает возможность познакомиться с другими детьми отделения, установить первые социальные контакты с медицинским персоналом и другими пациентами.

Значительные психологические проблемы могут возникнуть при многократном поступлении больного ребенка в клинику. Тяжесть состояния больного, «усталость» от болезненных процедур, осознание и еще большая боязнь повторных исследований требуют особого подхода к ребенку. При возникновении подобного рода проблемы тоже может помочь больничный клоун. В данной ситуации он является так называемой «мишенью» для ребенка, куда тот, может сбросить агрессию и лишнюю энергию. Это позволяет ребенку направить негатив не против себя, родителей или медицинского персонала, а в форме игры с доктором-клоуном просто переживать этот эмоциональный всплеск.

Исследования, проведенные И. П. Киреевой [3], выявили, что у детей накануне или во время медицинских процедур появлялась плаксивость, отказы от еды, утрата навыков опрятности, речи, отказы от лечения, побегов из больницы. У детей отмечаются депрессивные состояния с почти постоянным снижением настроения. Клоуны помогают лечению и в этом случае. Ребенок

отказывается от пищи, а вместе с клоуном, в игре, начинает есть. Иногда удается купировать боль — ему делают укол, а он смотрит на клоуна, и отвлекается от болезненной процедуры. Клоуны помогают усилению мотивации на лечение.

Еще одной проблемой, возникающей во время лечения, является отношение ребенка к физическим дефектам (облысения, дефекты на лице), вызванным лечением. Клоун в данной ситуации помогает переосмыслить особенности внешности ребенка, обыграть их, привлечь внимание, на детали и перевернуть представление о своем внешнем виде. Обзор психологических проблем, сопряженных с заболеванием ребенка онкопатологией, со всей очевидностью указывает на необходимость эмоциональной реабилитации больных детей и их родителей. Работа в отделении онкогематологии в качестве больничного клоуна на практике показывает, что состояние маленьких пациентов улучшается. Наблюдения врачей, отзывы родителей, улыбки и смех детей — подтверждают, что больничная клоунада является эффективным методом эмоционального воздействия по реабилитации детей.

Список литературы:

1. Бреслав, Г. М. Эмоциональная особенность формирования личности в детстве: норма и отношение / Г. М. Бреслав. — М. : Педагогика, 1990 — 144 с.
2. Выготский, Л. С. Психология искусства / Л. С. Выготский. — М., 1965.
3. Киреева И. П. Психосоциальные вопросы детской онкологии: Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». - М.: GlaxoWelfare. - с. 94 - 97.

Ψ

К ОБЩЕЙ СХЕМЕ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ

Хайкин Александр Валерьевич

*Восточно-Европейское Психосоматическое Общество, президент
Ростов-на-Дону*

Не смотря на многообразие форм и средств работы с телесными диагнозами психологическими (психотерапевтическими) средствами, несомненно полезным является реализация такой работы в общей, включающей различные аспекты схеме. Например, известна схема К. и С. Саймонтонов для работы с онкозаболеваниями [1]. Представленная ниже схема [2] не только, как полагает автор, логично вытекает из существа предмета, но является результатом многолетнего опыта работы автора с различными телесными заболеваниями клиентов в индивидуальной и групповой работе. По мнению автора, такая работа принципиально должна включать решение трех нижеописанных задач, которые могут быть этапами работы, но также решаться и одновременно.

Первая задача — подготовка больного (пациента, клиента) к последующей работе включает: а) работу с мотивацией на выздоровление; б) работу с убеждениями о возможности выздоровления; в) работу по восстановлению энергетического потенциала и преодолению астенизации; г) выработку адекватной личностной реакции на болезнь; д) выяснение

модели представлений больного о болезни и выздоровлении и месте этого в его картине мира. Вторая – проработка внутриличностных конфликтов и эмоциональных состояний, способствующих формированию телесных болезней, и восстановление психосоматического телесного заболевания рассматривается как следствие психологических причин, а в другой - болезни различным образом приписывают полезную функцию, то способ решения первой задачи имеет, как минимум, четыре варианта.

Первый вариант - искать главную психологическую проблематику клиента и работать с ней, не взирая на специфику болезни. Второй - исследовать то, как именно болезнь меняет жизнь клиента в позитивную сторону и инициировать поиск других способов обретения «преимуществ болезни». Самым эффективным здесь можно считать «Шестишаговый рефрейминг» Д. Гриндера и Р. Бэнндлера [3]. Третий вариант - «разворачивать» внутреннее субъективное переживание болезни клиентом в понимание ее смысла и схему работы с ней, четвертый - получать информацию о психологическом смысле болезни из медицинских представлений о ней. По мнению автора, наилучшая реализация третьего варианта происходит в процессуальных методах [2].

Одним из примеров такой процессуальной практики может служить разработанная автором техника «Движение в поле симптома (состояния)» [2]. Эта техника предписывает в качестве первого шага, прочувствовав телесно свое состояние, вызванное заболеванием, начать двигаться в каком-либо ограниченном объеме, например, комнате. На следующем шаге, одновременно продолжая двигаться и ощущать внутренние переживания, а также воспринимая зрительно пространство комнаты, и представляя как переживание заполняет её объем, можно «ощутить» некоторое «поле», наполнившее комнату. На следующем этапе, воспринимая «поле переживания» уже снаружи, позволить ему «подсказать» движения, которые были бы естественными в этом «поле» и продолжать двигаться уже таким образом. Следующий шаг – задать вопрос: «Кто так ходит? Кто я сейчас?». Получив ответ на этот вопрос, продолжить движение уже в качестве фигуры, воплощающей сущность «поля симптома», впитывая новое для себя самоощущение. В этот момент негативное состояние, симптом не только, скорее всего, трансформируются, но, вероятно, произойдет следующий шаг в личностном росте. Такая техника близка по духу как процессуальному подходу А. Минделла [2], так и трансовым практикам Ци-Гун. (Данная техника была разработана в результате описания опыта исцеления автором себя от гриппа за 20 минут).

Третья задача – мобилизация исцеляющих сил самого организма и направление их на борьбу с болезнью. Очень эффективна здесь субмодальная техника К.Андреас «Использование естественной способности тела к самоисцелению» [3], а также - различные трансовые техники, в том числе, использующие визуализации.

В качестве иллюстрации - описание авторской техники «Три экрана» [2], разработанной для работы с «визуальными» клиентами и представляющей собой терапевтическое внушение – визуальную метафору. С предварительным наведением (самонаведением) транса малой или средней глубины клиенту предлагается визуализировать три монитора на рабочем столе или, один

монитор на котором есть, кроме основного, два дополнительных экранчика меньшей величины, например, в верхних углах. Первый и третий монитор снабжены только кнопкой «пуск», второй (посередине) – снабжен специальной клавиатурой с ручками и рычажками. На первом экране (мониторе) клиент визуализирует свой больной орган, как он себе его представляет, но хорошо подойдет реальный рентгеновский снимок, на третьем – такой, какой он будет уже здоровым. А затем, визуализируя на втором экране больной орган, начинает экспериментировать с элементами клавиатуры, узнавая их «функциональное назначение» (по изменениям, происходящим на втором экране) и, таким образом обучаясь переводить изображение больного органа в здоровый. Хорошо, если клиент к изображению добавит ощущения клавиш, ручек, рычажков, а также звуков – это добавит реальности и усилит транс.

В заключение, необходимо добавить, что подобная схема может включать в себя средства паллиативной помощи и взаимодействовать со схемами соматической медицины.

Литература:

1. Саймонтон К., Саймонтон С., Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
2. Хайкин А.В. К теории и практике психосоматики // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - №2. - С.193-198.
3. Андреас К., Андреас С. Сердце разума. Новосибирск.: ЭКОР, 1995. – 375 с.

ψ

БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК – ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЛЯ МАТЕРИ

Черненко Ольга Анатольевна

*СПБГМУ им. акад. И. П. Павлова, Институт детской гематологии
и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, медицинский психолог*

Чулкова Валентина Алексеевна

*к.п.н., старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н.Н.
Петрова, доцент кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и
кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ*

Для многих людей в нашей стране онкологический диагноз все еще представляется смертельным приговором. Для родителей онкологический диагноз ребенка становится психологической и экзистенциальной проблемой. По данным И.П. Киреевой (1994), у большей части родителей, чьи дети страдают угрожающими жизни заболеваниями, выявляются психические расстройства. Психические расстройства у родителей обусловлены, прежде всего, хронической психотравмирующей ситуацией, переутомлением, финансовыми, жилищными и другими бытовыми проблемами.

Большинство исследований, объектом которых были родители тяжелобольных детей, и направленных на изучение их эмоционального состояния, тревожных и депрессивных реакций, расстройств, связанных со стрессом, проводилось за рубежом (Woodgate, Degner, 2004; Rodriguez, Dunn.

2012). Наша работа была направлена на изучение влияния онкологического заболевания ребенка на уровень травматичности этого события для матери. В исследовании приняли участие матери 32 больных детей, проходивших лечение в Институте гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой и в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова.

В исследовании были использованы клинико-психологические (структурированное интервью, наблюдение) и экспериментально-психологические (психодиагностические) методы исследования: самоактуализационный тест Э. Шострома (САТ, адаптация Ю.Е. Алешиной и др.); шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ШОВТС); шкала диссоциаций; опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР). Полученные результаты были обработаны с помощью методов математикостатистического анализа: сравнительный анализ U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ R-критерия Спирмена.

Вся выборка исследованных матерей была разделена на три группы, согласно уровню травматического стресса, описанного Н. В. Тарабриной (2001), в методике «Шкала оценки уровня воздействия травматичности события» (ШОВТС):

I группа – матери с общим баллом ШОВТС до 35 баллов, что можно считать низким уровнем воздействия травматичности события; в эту группу вошли 10 матерей;

II группа – матери с общим баллом ШОВТС от 36 до 50 баллов – воздействие события сильное; в эту группу вошли 11 матерей;

III группа – матери с общим баллом ШОВТС свыше 51 балла – травмирующее событие очень сильное, в эту группу вошли 11 матерей.

В результате проведенного исследования было установлено, что онкологическое заболевание ребенка является травматическим событием для матерей, так как у 68 % матерей показатель травматичности события был определен как высокий.

Существует взаимосвязь между восприятием травматичности события и уровнем самоактуализации матерей. У женщин с высокой чувствительностью к своим потребностям и чувствам возможна реакция избегания как проявление защитной реакции при онкологическом заболевании ребенка. У женщин с более низким уровнем самоактуализации, характеризующимся дискретным восприятием времени и ориентацией на внешнюю поддержку, травматическая ситуация может вызвать реакцию вторжения с проявлением диссоциативных реакций. У женщин с более высоким уровнем самоактуализации возможна реакция избегания, которая может быть расценена как проявление защитной реакции при онкологическом заболевании ребенка или как переживание кризиса, когда ситуация выдвигает требования, к которым человек не готов.

Уровень травматического стресса выше у матерей, чьи дети проходят лечение в онкологическом отделении по поводу рецидива заболевания, что является вполне закономерным фактом. Сами матери нередко отмечали, что неопределенность, невозможность узнать прогноз исхода лечения – самый сложный фактор в процессе лечения.

В ситуации онкологического заболевания ребенка особенности семейных отношений могут быть взаимосвязаны как с психологическим состоянием матери, так и с отношением матери к болезни ребенка. Чем трагичнее женщина воспринимает онкологическое заболевание ребенка, тем сильнее она ориентирована на поддержку мужа или семьи.

Различия по описанным показателям были обнаружены в основном между II и III группами матерей. Наше исследование выявило, что матери, проживающие в других регионах России и находящиеся с ребенком в онкологическом отделении Санкт-Петербурга, нуждаются в психологической помощи и могут попасть в группу риска по развитию ПТСР. Так же в группе риска оказываются матери, чьи дети проходят лечение в онкологическом отделении по поводу рецидива заболевания.

Подводя итог, мы хотели бы обратить внимание на то, что психологическая помощь необходима как больным детям, так и их родителям. Своевременно оказанная психологическая помощь матери на этапе постановки диагноза, на начальном этапе лечения ребенка или при повторном поступлении на лечение, в случае рецидива, поможет снизить уровень травматичности, который оказывает на мать онкологический диагноз ребенка.

Литература:

1. Киреева И.П. Педиатру-онкологу: О проблемах общения с родителями онкологически больных детей. М., 1994.
2. Силласте Г.Г. Социальная адаптация семей с онкологически больными детьми // Социологические исследования. 1997. № 1. С. 56–64.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.
4. Rodriguez E.M., Dunn M.J. Cancer-related Sources of Stress for Children with Cancer and their Parents // Journal of Pediatric Psychology. 2012. Vol. 37(2). P. 185–197.
6. Woodgate R.L., Degner L.F. Cancer Symptom Transition Periods of Children and Families // Journal of Advanced Nursing. 2004. Vol 46(4).P.358–368

ψ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА И МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Чулкова Валентина Алексеевна

к.п.н., старший научный сотрудник «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», доцент кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова и кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ

Пестерева Елена Викторовна

к. психол. н., научный сотрудник «РНЦРХТ», Санкт-Петербург

Врач-онколог находится в непосредственном контакте с пациентом и, безусловно, оказывает ему психологическую поддержку, которая, однако, часто опирается на личные представления врача о помощи больному, основанные на собственном опыте и опыте коллег. Сегодня в онкологические

клиники все чаще к практической работе привлекаются медицинские психологи, деятельность которых направлена на оказание профессиональной психологической помощи больному. В этой связи поднимается множество вопросов, касающихся взаимодействия специалистов медицинского и психологического профиля в процессе оказания психологической помощи пациенту. Кроме того, в настоящее время возможности психолога в онкологии не определены: его профессиональное место и функциональные обязанности нередко зависят от видения и понимания психологических проблем больных администрацией клиники, а психологическая деятельность, к сожалению, подчас воспринимается не с профессиональной позиции медицинского психолога, а с позиции его энтузиазма и доброго отношения к больным.

Мы выделяем 3-фазную модель динамики психологического состояния человека в ситуации онкологического заболевания, которую, на наш взгляд, необходимо принимать во внимание врачам, психологам и другим специалистам, работающим с онкологическими пациентами и оказывающим им психологическую помощь.

1 фаза. Психологическая задача больного – принятие заболевания. Испытывая интенсивные негативные эмоции, больной проходит стадии от отрицания к принятию злокачественного характера заболевания не только на когнитивном (когда больной информирован о заболевании), но и на эмоциональном уровне. Эмоциональное принятие болезни возможно только в процессе переживания. На данной фазе от врача-онколога требуется понимание переживаний пациента, эмпатия и адекватное информирование. Психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства: осознание чувств, переживаний – это первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. В результате психоэмоциональное напряжение пациента снижается и происходит принятие себя как больного человека, что позволяет ему в дальнейшем активно и ответственно лечиться.

2 фаза. Психологическая задача больного – адаптация к заболеванию, состоящая в том, чтобы научиться жить в условиях болезни. Произошло принятие болезни и у больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в которой это возможно, и так, как он это понимает. В этот период пациент активно обращается как к внешним ресурсам (врачи, семья, друзья, сослуживцы), так и внутренним (надежда, терпение, желание жить). Особое значение принадлежит контакту врача и пациента: обсуждение вопросов, связанных с заболеванием и его лечением, позволяет больному почувствовать свое участие в лечении. В этой связи от врача-онколога необходимы четкие и понятные рекомендации, как жить в условиях болезни и лечения. В процессе работы с психологом больной получает контролировать свое состояние и настроение в ситуации болезни, получает возможность обратиться к затаенным чувствам, обнаружить свои внутренние ресурсы. Больной приобретает новый опыт, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации.

При оказании психологической помощи онкологическим пациентам важно понимать различия между экстремальной и кризисной ситуациями. Разрешение экстремальной ситуации связано с адаптационными возможностями человека: принятие злокачественного характера заболевания,

адекватное отношение к болезни и лечению, умение управлять своим психоэмоциональным состоянием, обращаясь к внутренним и внешним ресурсам. Для онкологических больных, которые переживают болезнь как экстремальную ситуацию (сверхсильный стресс), процесс адаптации к заболеванию заканчивается на 2 фазе. Разрешение кризисной ситуации происходит тогда, когда приспособление пациента к заболеванию связано не только с его адаптационными возможностями, но и, главным образом, с личностной перестройкой.

3 фаза. Психологическая задача больного - изменение и реконструкция личности, поиск смысла жизни, переоценка жизненных ценностей. Данная фаза характерна для пациентов, которые прошли описанные выше фазы и переживают заболевание как кризис. При этом ведущая роль в процессе оказания психологической помощи пациенту принадлежит медицинскому психологу, а не врачу. Психологическая работа, направленная на самоизменение, личностный рост, является наиболее длительной и разнообразной по содержанию.

Таким образом, психологическая помощь онкологическому больному, осуществляемая врачом и медицинским психологом, - это разные виды психологической помощи, которые не заменяют, а дополняют друг друга. Психологическая помощь врача, заключающаяся, прежде всего, в эмоциональной поддержке больного и адекватном его информировании, причем не только о диагнозе, но и обо всем, что связано с заболеванием, нужна абсолютно каждому больному. Психологическая помощь медицинского психолога не является необходимой каждому онкологическому пациенту, так как нельзя недооценивать личность самого больного в процессе адаптации к заболеванию. При этом консультация медицинского психолога должна быть доступна для всех онкологических пациентов.

ψ

ОЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Щербакова Татьяна Николаевна
АНО «СО-действие», волонтер

В 2013 году линия психологической помощи онкологическим больным и их родственникам приняла 18700 телефонных звонков, из которых почти две тысячи содержат запросы, связанные исключительно с отношениями в семье. Кроме того, в том или ином контексте другие запросы также включают в себя проблематику семейных отношений. В моем небольшом (около двух лет) личном опыте очного консультирования наших абонентов, онкологических больных и членов их семей, в ста процентах случаев обратившиеся предъявляют запрос, касающийся отношений с супругом, с детьми, родителями, с родными и близкими людьми.

Независимо от семейного положения, возраста, пола, социального статуса, национальности, интересов, материального положения болеющие онкологическим заболеванием люди зачастую не имеют возможности открыто обсудить свои проблемы: кто-то боится ранить близких, кто-то – уже не надеется на понимание, а кому-то просто некому сказать о своей беде. В том же положении часто оказываются и родственники, которые просто не знают как себя вести, чтобы наилучшим образом помочь родному человеку. Именно поэтому первая консультация, как правило, включает в себя длительный, на все отпущенное время работы рассказ о случившемся и связанных с этим событием переживаниях.

Болезнь часто воспринимается как трагедия, напасть, беда, катастрофа. Одна только постановка диагноза звучит как «синоним приговора к смерти без указания срока» [1]. Дистресс усиливается сложностью и тяжестью лечения, бюрократическими препонами, неопределенностью прогнозов, угрозой потери органа или функции и, безусловно, способствует психологическому истощению[2]. После операции онкологические больные сталкиваются с проблемами физиологической и психологической реабилитации [3], трудностями социализации, испытывают мучительный страх рецидива, по уровню интенсивности граничащий с тревожно-депрессивным расстройством.

С другой стороны, возникшее ощущение грани между жизнью и смертью заставляет изменить прежние приоритеты. Отношения с близкими становятся важнейшей ценностью. Семья вступает в борьбу с болезнью, но и болезнь (или симптом), безусловно, оказывает свое влияние на семейную систему. Какое же?

Влияние симптома на семейную систему

Онкологическое заболевание, однажды обнаружив себя, на долгое время становится одним из членов семейной системы, причем даже не рядовым, а главным, центральным. Все силы семьи, ранее жившей мирно и счастливо или конфликтующей – теперь должны быть брошены на борьбу с недугом. В этом смысле симптом проверяет семейную систему на прочность, зачастую или парадоксальным образом укрепляя ее, или - окончательно разрушая. Иными словами семейная система переживает кризис: меняются структура семьи, ролевые позиции супругов, родителей, детей; внешние и внутренние границы членов семьи, иерархия, вводятся новые правила, становятся актуальными новые мифы. Обостряются вопросы привязанности, близости, понимания, принятия. Они выходят на первый план, становятся главным смыслом. Предъявление психологического запроса в плане семейных отношений чаще предполагает два варианта: 1) обращение к себе с намерением изменения собственных установок; 2) требование изменений, адресованное родным и близким. Если первое способствует одновременно усилению близости и росту автономии каждого из супругов, то второе зачастую проявляется в манипулятивном ключе («Ты не видишь?! Я болею!»), что способствует инфантилизации заболевшего и усилению дисфункциональности семейной системы в целом. Заболевание в этом случае только усиливает «вторичную выгоду», позволяя теперь решать внутрисемейные конфликты с позиции силы, опираясь на симптом.

В качестве гипотез можно выделить некоторые особенности функциональных и дисфункциональных семей с онкологическим больным, встречающиеся наиболее часто.

В функциональных семьях внутрисемейные границы становятся более гибкими, а дистанция – более короткой; в дисфункциональных – звучит призыв о помощи, которая отвергается или обесценивается; возрастает чувство вины со стороны заботящегося супруга; жесткие, ригидные границы не двигаются, а, скорее, ломаются;

Внешние границы в функциональных семьях расширяются: появляются родственники, знакомые, друзья, «коллеги по несчастью», готовые помочь (не только морально, но и материально – абсолютно бескорыстно), увеличивается круг общения; внешние границы в дисфункциональных семьях закрываются, попытки наладить отношения с родственниками после длительных конфликтов не приводят к успеху; друзья зачастую отворачиваются или не знают, как помочь; новых связей не образуется; растет социальная изоляция; в лучшем случае заболевший ищет помощи в себе, в терапевте, в терапевтической группе; в худшем – замыкается, остается один на один с болезнью;

Иерархия: в дисфункциональных семьях вся полнота власти принадлежит онкологическому больному и слившемуся с ним симптому. Если болеет родитель, то переживания детей любого возраста нагружены страхом и тревогой; взрослые дети при этом дистанцируются, занимая отстраненную позицию. С учетом прежних холодных или конфликтных отношений помощь заболевшему оказывает зачастую номинально, что вызывает с его стороны обиду и претензии. В функциональных – наблюдается феномен парентификации. Ценность заболевшего родителя столь высока, а страх потери так велик, что ребенок превращается в родителя для своего родителя. Инфантильность родителя принимает форму покладистости, готовности принять любую помощь, версию, легенду, вариант лечения. Возникают необычайно теплые, эмоционально насыщенные отношения; люди позволяют себе, наконец, то, на что вечно не хватало времени, т.е. живут «на полную катушку». Как сказала одна клиентка, психолог по образованию, про свою маму, архитектора по профессии, вернувшейся к юношескому увлечению и начавшую писать маслом удивительные картины: «Помните пирамиду Маслоу? Так вот у мамы (4 стадия, меланома) сейчас высшая ступень - самоактуализация...»

В функциональных семьях охотно принимается помощь близких, друзей, врачей, терапевта; в дисфункциональных – зачастую затруднено даже формулирование – что именно является помощью; попытки оформить запрос осуществляются в терминах требований и претензий к другим членам семьи. По-настоящему терапевтичной в этом случае является техника подтверждения – «активно демонстрируемое принятие мыслей и чувств клиента как естественных и понятных, если смотреть на ситуацию с его позиции» [4]. Потребность в подтверждении (воспринимаемом как понимание) именно в дисфункциональных семьях столь остра, что никакое продвижение без этого невозможно. И только потом возникает возможность искать пути для решения.

Впрочем, своего рода диагностикой семейной системы уже служит тот факт, записалась ли на консультацию пара или один человек. Если приходят двое – пришла функциональная пара. Попытки привлечь к работе родственников в дисфункциональной семье часто безуспешны.

Все наблюдения не имеют в основе большой статистической базы, высказываются гипотетически на основе наблюдений и требуют дальнейшего исследования.

Литература:

А. В. Гнездилов, «Психотерапия потерь»;

М.И. Хасьминский, Г.А. Ткаченко, И.А. Мирзоева «Влияние психотерапевтического метода на снижение уровня тревожности, нормализацию эмоционального состояния и терапию психогенно обусловленной инсомнии у онкологических больных»;

Г.Я. Цейтлин «Актуальные вопросы наблюдения, диагностики и реабилитации пациентов на отдаленных сроках после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток»;

Сью Джонсон, Лесли Гринберг «Руководство для психотерапевтов. Эмоционально-фокусированная терапия».

Ψ Ψ Ψ

АНОНСЫ

АНО ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ «ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ»

В нашем Центре бесплатно предоставляется экстренная психологическая поддержка тем, кто пострадал от онкологического заболевания:

- индивидуальные психологические консультации
- психотерапевтические группы
- группы реабилитации
- работа с родственниками.

Форма работы: краткосрочное консультирование

Цель: Адаптация к изменениям, связанным с заболеванием

Работу проводят психологи и онкопсихологи.

Наш адрес:

Санкт-Петербург, Лахта, ул. Красных Партизан, 4

Телефон: 7 (931)3105225

E-mail: vtoroe-dyhanie.org@mail.ru

Сайт: vtoroe-dyhanie.org

Ψ

АНО ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «ДЕТИ»

АНО «Дети» создана в 2006 году. Мы работаем в Москве, Московской области и других регионах России при научно-методическом руководстве ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии».

АНО «Дети» реализует проекты, цель которых – адаптация и социальная интеграция детей-инвалидов, перенесших онкологические заболевания, и их семей: психолого-социальная служба в онкологической клинике, городской семейный клуб, реабилитационный лагерь. Еще одна наша задача – информирование и обучение, с этой целью проводятся тренинги, супервизии, семинары и конференции для специалистов, работающих в детской онкологии.

Учредители:

Цейтлин Григорий Янкелевич, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Лечебно-реабилитационного научного центра «Русское поле», филиала ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России. Тел. 8(962)9277154, grigoryts@yandex.ru

Гусева Марина Александровна, детский психолог, директор АНО «Дети». Тел. 8(917)5798479, gusmarina@yandex.ru

Ψ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

“Женское здоровье” работает в России с 2007 года. Миссия программы -способствовать ранней диагностике рака молочной железы и других онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы, а также улучшить положение женщин с этими заболеваниями в России. Программа работает по следующим направлениям:

- социально - психологическая поддержка женщин с диагнозом «рак молочной железы» через создание групп взаимопомощи;
- просветительские программы для женщин репродуктивного возраста, нацеленные на продвижение ранней диагностики онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы;
- организация тренингов для врачей по развитию навыков консультирования и коммуникации, а также профилактику профессионального выгорания;
- разработка и реализация региональных программ маммографического скрининга РМЖ.

Мы открыты к сотрудничеству со всеми организациями и частными лицами, заинтересованными в решении проблем рака молочной железы в России. Готовы помочь в создании групп взаимопомощи для женщин с диагнозом РМЖ, в проведении тренингов для врачей, организации просветительских мероприятий для женщин, включая кампании по ранней диагностике РМЖ.

Пишите нам: info@health4woman.ru

Сайт программы: www.health4woman.ru

Телефон: 7(915)2471125 Екатерина Башта

Ψ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ «ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

Фонд “Детский паллиатив” учрежден в 2011 году в Москве. Мобильная служба паллиативной помощи детям и молодым взрослым оказывает медицинскую, социальную, психологическую и духовную помощь детям, живущим с редкими, неизлечимыми заболеваниями, а также их семьям.

Фонд предлагает образовательные программы по паллиативной помощи детям, методические пособия, семинары и вебинары, консультативную и информационную поддержку. В 2015 году фонд начинает работу по развитию паллиативных служб в российских регионах.

Для получения более подробной информации можно обратиться на сайт фонда www.gscsf.ru или позвонить по телефону: +7 (499) 799-80-73.

Для получения информации о возможностях получения паллиативной помощи можно позвонить по телефону +7 (964) 193-40-29 или оставить заявку на сайте.

Ψ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ «ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА»

МОД «Движение против рака» создано онкологическими пациентами, их родственниками и неравнодушными к проблеме онкологии представителями медицинского сообщества при поддержке Некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь». Отделения МОД «ДПР» представлены в 15 регионах страны.

Цели и задачи МОД «Движение против рака»:

- контроль качества медицинской помощи и поддержки пациентов, чьи права на получение адекватного лечения нарушаются;
- взаимодействие с органами государственной власти по улучшению доступа к современным методам лечения рака в России;
- информационно-просветительская работа среди больных и их родственников;
- повышение осведомленности о раке, его профилактике и важности ранней диагностики среди населения.

Мы организуем и проводим:

- «Школы пациентов» с участием специалистов-онкологов, активистов Движения, юристов, психологов,
- форумы «Движение против рака» с участием пациентов, врачей, представителей органов власти, лидеров общественного мнения,
- различные общественно-полезные мероприятия, в т.ч. направленные на профилактику и раннее выявление онкологических заболеваний,
- «Онко-Дозор», пикеты, выставки,
- а также издаем информационно-просветительскую литературу и выступаем в средствах массовой информации.

Тел: +7 (495) 968-19-89

E-mail: info@rakpobedim.ru

Сайт: www.rakpobedim.ru

Ψ

ВЫШЛО ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ «КНИГИ В ПОМОЩЬ» — ПОСОБИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ БОЛЬНЫ ЛЕЙКОЗОМ

Леднева Наталия Олеговна

Издатель, руководитель проекта «Книга в помощь»

Москва

Во втором издании бесплатного пособия для родителей детей, больных лейкозом и другими онкологическими заболеваниями, расширили раздел, посвященный психологическим вопросам.

«У вашего ребенка рак», — после этой фразы родители в первое время не знают, что делать и как себя вести. Растерянность, паника, горе родственников может ухудшить состояние маленького пациента. У сына Наталии Ледневой, идеолога книги, был диагностирован острый миелобластный лейкоз (рак крови) в 1 год и 2 месяца. Столкнувшись с недостатком информирования, Наталия решила написать книгу в помощь родителям, оказавшимся на ее месте. В «Книге в помощь» собраны ответы на вопросы, с которыми сталкиваются мамы и папы, узнав о раковом заболевании ребенка, разделы расположены в хронологическом порядке с момента с момента определения диагноза и назначения лечения до реабилитации. Первое издание вышло тиражом 2 000 экземпляров, второе — уже 5 700.

Задача «Книги в помощь» — подробное информирование родителей, чьи дети больны лейкозом или другими раковыми заболеваниями, о лечении и преодолении болезни. «Что ценнее — поговорить о проблеме или решить ее? Выпуская книгу, я ставила задачу привлечь внимание общественности не к проблеме информирования пациентов, а непосредственно к книге как инструменту решения этой проблемы, — говорит о предназначении книги Наталия Леднева. — Важно было донести информацию о ее появлении до родителей больных детей, благотворительных фондов и врачей онкологических отделений. Первое издание получили больницы более 40 регионов России. Сейчас наша цель — доставить второе издание в каждое детское онкоотделение нашей страны».

В подготовке первого и второго издания книги принимала участие команда специалистов в различных областях: онкологии, гематологии, реаниматологии, реабилитологии, психологии. Также в проекте участвовали художники, чьи картины стали иллюстрациями к книге, и знаменитые люди, такие как Гоша Куценко, Екатерина Волкова, Алексей Кортнев, Михаил Сафонов, Юлия Чичерина и другие, написавшие слова поддержки детям.

Большое внимание во втором издании уделено психологическим беседам, добавлен раздел «Реанимация» и статьи «Вступительная беседа с врачом» и «Паллиативная помощь». Психологический аспект немаловажен при лечении и помощи маленьким пациентам. «Благодаря откликам мы убедились, насколько важно включить во второе издание беседы на самые «закрытые», пугающие темы, связанные с раком, — считает Мария Козловская, психолог благотворительного фонда «Жизнь» и один из авторов «Книги в помощь». — Мы дополнили психологический раздел, чтобы помочь родителям справиться с собственным страхом, набраться смелости и быть как можно более искренним и честным в отношениях с ребенком».

«Считаем «Книгу в помощь» нужным настольным пособием для каждого, кого коснулась проблема онкологического заболевания у ребенка в семье, — высказались о книге врачи онкологического отделения ГБУЗ ДРКБ Республики Мордовия. — В доступной и понятной форме изложены необходимые для родственников сведения о принципах ухода за больным ребенком, практические советы по пребыванию в стационаре, а также ограничения в диете. Люди больше верят печатному слову, чем личному

объяснению даже опытного доктора. В нашей практике мы все чаще советуем родителям «почитать книгу живую», вместо постоянного разъяснения о том, что можно и что нельзя, и это работает!».

Дополнением к «Книге в помощь» выпускается дневник пациента — разграфленная тетрадь, в которую удобно записывать данные о ходе лечения.

Книга распространяется бесплатно по заявкам родителей, благотворительных фондов и профильных медучреждений. Печатный экземпляр можно получить, оставив заявку на сайте www.onkobook.ru или попросив у врача. На сайте же можно скачать электронную версию книги

Презентация о том, как создавалась «Книга в помощь» - www.slideshare.net/izubra/ss-26456644

Сайт книги: www.onkobook.ru

Группа в Фейсбуке: www.facebook.com/groups/onkobook/

ψ

РБОО «ПОМОГАЯ ДРУГИМ – ПОМОГАЕШЬ СЕБЕ»

«Помогая другим – помогаешь себе» - уникальный социальный проект, в котором консультанты с высшим психологическим образованием, имеющие личный опыт преодоления тяжелой инвалидности (колясочники, травматика, ДЦП и др.), оказывают бесплатную анонимную дистанционную психологическую помощь по телефону доверия, по Скайпу и по переписке.

Психолог с инвалидностью – это новое социальное явление.

В обществе бытует мнение, что человек с инвалидностью всегда нуждается в помощи. Наши психологи, напротив, сами эффективно помогают другим людям. Они счастливы возможности заниматься любимым делом. Оказывая помощь, они ощущают свою профессиональную востребованность и нужность людям. Более того, для некоторых клиентов опыт инвалидности консультанта служит дополнительным фактором доверия.

Нам можно:

- позвонить по номеру 8(495) 989-6583 (бесплатно по Москве) или по Skype [vz84959896583](https://www.skype.com/ru/contacts/vz84959896583) (бесплатно отовсюду), в будни с 12:00 до 18:00 по московскому времени;
- написать на форум http://help-on-line.ru/forum_psy/index.php?showforum=113 или на страницу проекта ВКонтакте http://vk.com/mkc_psih_pomosch

Сайт проекта pomogaya-drugim.ru

ψ

АНО “Проект СО-действие”

Миссия: всемерное содействие улучшению положения онкологических и других тяжелых больных и их близких в России через предоставление профессиональной психологической, социальной, юридической, информационной помощи, а также через взаимодействие с органами власти, государственными учреждениями и профессиональными сообществами.

В рамках своей миссии АНО “Проект СО-действие” осуществляет следующие программы:

- Горячая линия психологической помощи онкологическим больным и их близким 8-800-100-01-91
- Очные индивидуальные консультации и группы поддержки онкологических больных
- “День без болезни” - программа организации досуга онкобольных
- Тренинги для медицинского персонала по коммуникации «врач-пациент» и профилактике профессионального выгорания
- Информационные кампании по повышению медицинской культуры
- Курс повышения квалификации «Онкопсихология»
- Волонтерский проект для профессиональных психологов
- Ежегодные съезды онкопсихологов

Контакты:

www.co-operate.ru

www.co-действие.рф

contact@co-operate.ru

телефон (495) 768-5847

**СОБЕРИСЬ
И БОРИСЬ**

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ

8 800 100 0191

проект
co-действие
помощь онкологическим больным

**АНОНИМНО
БЕСПЛАТНО
КРУГЛОСУТОЧНО**

ИНТЕРМЕДСЕРВИС

Проводник современных медицинских технологий

- эксперт медицинского рынка РФ 1991 года
- 400 производителей медицинского оборудования
- свыше 300 производителей лекарственных средств и расходных материалов
- реализовано более 300 комплексных проектов
- ежегодное участие в 100 благотворительных проектах



www.intermedservice.ru

Коммерческая служба:

г. Москва, ул. Малая Калужская, д. 15, стр 16
тел.: +7 495 544 40 44, факс: +7 495 544 40 41

Филиалы

Красноярск	+7 (391) 247 86 25
Хабаровск	+7 (4212) 42 08 96
Владивосток	+7 (423) 245 68 55
Новосибирск	+7 (383) 227 64 60
Москва	+7 (495) 544 40 44
Нижний Новгород	+7 (831) 243 00 43

Представительство:

Беларусь/Минск + 375 (17) 268 47 80



ИНТЕРМЕДСЕРВИС

ГРУППА КОМПАНИЙ

Санкт-Петербург	+7 (812) 644 41 39
Петрозаводск	+7 (8142) 72 21 06
Челябинск	+7 (351) 247 96 24
Екатеринбург	+7 (343) 272 41 49
Ростов-на-Дону	+7 (863) 292 35 62
Краснодар	+7 (861) 279 74 03

Горячая линия психологической помощи
онкологическим больным и их близким
8-800-100-0191

Круглосуточно. Анонимно. Бесплатно.

**проект
со-действие**
помощь онкологическим больным



**Медицинский
ВЕСТНИК**

Организатор VI Всероссийского
съезда онкопсихологов

Генеральный
спонсор

Информационные партнеры