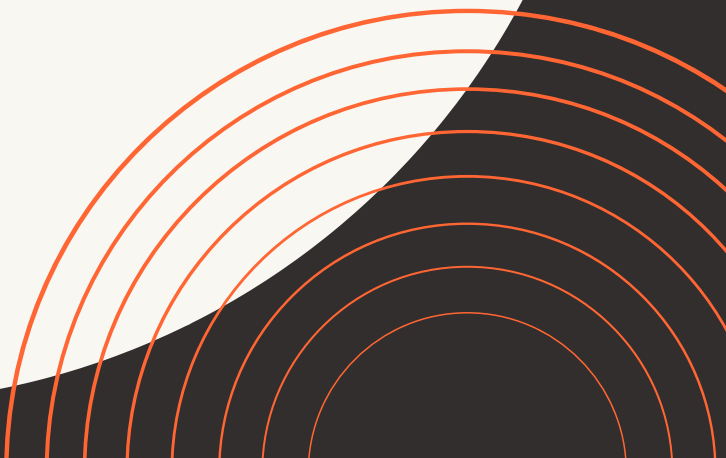




**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XII ВСЕРОССИЙСКОГО
СЪЕЗДА ОНКОПСИХОЛОГОВ**

2020



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XII ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ОНКОПСИХОЛОГОВ
МОСКВА, 2020

Подготовлен Службой «Ясное утро»
Использование и публикация статей возможны
только с согласия авторов

Авторская орфография и пунктуация в статьях сохранены
Этот сборник можно скачать на сайте
ясноеутро.рф

Служба «Ясное утро»
contact@yasnoeutro.ru

СОДЕРЖАНИЕ

- 6** СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, И ИХ СЕМЕЙ – НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА РАБОТЫ АНО СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАДУГА ЖИЗНИ»
О. В. Александрова, Е. И. Богданова
- 10** ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К ДИСТАНЦИОННОМУ ОБРАЗОВАНИЮ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА
О. С. Алексева, А. Л. Горбунова, Ю. А. Бурдукова, Е. Е. Антонова, Е. Э. Артемова
- 14** СТРАХ СМЕРТИ КАК ОСНОВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОНКОПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ
М. И. Гамзаева
- 18** АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ИЗЛЕЧЕННЫХ ОТ ОПУХОЛИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ
Ю. А. Головки, С. Г. Сергеев., А. В. Карпец, Н. В. Коваленко, Т. Н. Захарова, Л. В. Сидоренко
- 22** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ИЗЛЕЧЕННЫХ ОТ ОПУХОЛИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Ю. А. Головки, С. Г. Сергеев., А. В. Карпец, Н. В. Коваленко, Л. В. Сидоренко

- 25** ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Н. В. Дейнека
- 30** КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНО ЗА СЧЕТ ГРАНТА РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ФОНДА (ПРОЕКТ № 19–1800426)
Е. А. Евстафеева, Д. А. Циринг
- 34** ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ, НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
О. А. Зимина
- 38** ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У СОТРУДНИКОВ ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», КАЗАНЬ
А. Р. Самигуллина, А. Н. Файрушина, О. А. Разумнова, О. Ю. Сарбаева
- 42** АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ МАТЕРЕЙ В СИТУАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКОМ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ
В. В. Козлова, М. Л. Захарова

- 46 ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ ПОСЛЕ
ЛАРИНГЭКТОМИИ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ УЛУЧШИТЬ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
Е. А. Красавина
- 48 ПРИМЕНЕНИЕ БОС – ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-
ОНКОЛОГОВ ЛИПЕЦКОГО ОБЛАСТНОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Н. В. Красных, Е. Г. Доброва
- 52 ОСОБЕННОСТИ ПСИХООНКОЛОГИИ ПОДРОСТКОВ
Т. А. Лахарева, В. М. Ялтонский, В. В. Огарёв
- 56 О МУЗЫКЕ В КОРИДОРАХ ОНКОДИСПАНСЕРА
Т. В. Орлова, Д. Ю. Каннер, А. Г. Маргарян, Н. В. Бабанина,
М. А. Бялик
- 60 ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ
С ДЕТЬМИ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ФОРМАТЕ
ВЫЕЗДНОГО ЛАГЕРЯ «МИРАКЛИОН»
П. Е. Родина
- 63 ОПЫТ РАЗРАБОТКИ КОГНИТИВНОГО
КОМПЬЮТЕРНОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ ДЕТЕЙ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Т. С. Старухина, А. О. Прокофьев, Ю. А. Бурдукова,
О. С. Алексева

- 67** ВОЗМОЖНОСТИ КОПИНГ-ПРОФИЛАКТИКИ
В ДИСТАНЦИОННОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
А. Д. Струтынский, В. М. Ялтонский, В. В. Огарёв
- 73** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТРЕССА
У МАТЕРЕЙ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ
В РЕМИССИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА
Е. Н. Сухановская, Г. А. Ткаченко, Т. И. Грушина
- 77** ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
А. О. Фатеева, С. А. Ковалис
- 81** К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ МОНИТОРИНГА УРОВНЯ
СТРЕССА И ВЫГОРАНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ В СФЕРЕ
ОНКОЛОГИИ В ХОДЕ ПАНДЕМИИ COVID19
А. В. Хасина
- 85** СОТРУДНИЧЕСТВО ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА
В ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ. БАРЬЕРЫ
И РЕШЕНИЯ
О. М. Щедринская, Е. Ю. Снарская
- 85** ДИСТАНЦИОННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ
НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
А. П. Щербаков

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, И ИХ СЕМЕЙ — НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА РАБОТЫ АНО СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАДУГА ЖИЗНИ»

АЛЕКСАНДРОВА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА, психолог, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А. И. Герцена

БОГДАНОВА ЕЛЕНА ИВАНОВНА, клинический психолог, директор АНО социальных услуг «Центр психологической помощи Радуга жизни»,
г. Санкт-Петербург

В настоящее время, благодаря активной деятельности различных благотворительных фондов, во многих детских онкологических клиниках нашей страны успешно работают психологи и волонтеры, осуществляя психологическую помощь и поддержку больному ребенку и его родителям. Но при выписке из стационара дети и их родители нередко оказываются один на один с проблемами, возникшими в результате заболевания и лечения, с проблемами адаптации к жизни после перенесенного онкологического заболевания. В этот период все члены семьи испытывают страдания в связи с теми изменениями, которые привнесла в их жизнь болезнь ребенка, и требуется немало времени и усилий, чтобы принять их. Это ставит вопрос создания системы социально-психологической реабилитации детей, перенесших онкологическое заболевание, и их семей — после выписки из стационара. В связи с этим на базе АНО социальных услуг

«Центр психологической помощи Радуга жизни» была разработана и реализована модель социально-психологической реабилитации детей, направленная на адаптацию детей и их родителей к новым условиям жизни после перенесенного онкологического заболевания. Данная модель была апробирована в рамках реализации проекта «Дети в ситуации онкологического заболевания: жизнь продолжается», при поддержке Фонда президентских грантов.

Реализация программы проходила в несколько этапов, включающих: формирование групп детей-пациентов и их родителей (гр. №1 – дети в возрасте от 3-х до 5-ти лет; гр. №2 – дети в возрасте от 6-ти до 12-ти лет; две родительские группы); психологическую диагностику детей-пациентов и их близких родственников; терапевтический этап; повторную психологическую диагностику всех участников программы; подведение основных итогов работы.

Особенности программы. 1) В каждой детской группе одновременно работают от 4-ех до 6-ти психологов (в зависимости от количества детей в группе), что позволяет детям улучшать навыки взаимодействия с разными взрослыми, а также выбирать для игры «своего» терапевта. 2) Терапевтическое занятие имеет следующую организационную структуру: «шеринг-приветствие» (организованное обсуждение опыта, полученного за прошедшую неделю – в кругу) (20 минут); игровая терапия (в форме групповых или индивидуальных игровых сессий) (60 минут); обед (30 минут); игровая гимнастика «Отцы и дети» (60 минут); музыкальные занятия (60 минут); «шеринг-прощание» (организованное обсуждение опыта, полученного за текущее терапевтическое занятие – в кругу) (20 минут). 3) Игровое

взаимодействие выстраивается с учетом особенностей здоровья детей, их возраста, способности выдержать тот или иной темп работы. 4) Терапевтический процесс проходит следующие стадии: Первая стадия – пред-групповая (основная цель – установление и углубление эмоционального контакта с ребенком, а также формирование с ним отношений, основанных на ощущении безопасности и свободы в групповом пространстве. На данном этапе, как правило, дети сами выбирают «своего» взрослого, с которым чувствуют себя наиболее комфортно и готовы играть, и уже через личность терапевта, постепенно, устанавливают контакт с одним или несколькими детьми в группе). Вторая стадия – спонтанная игра (с элементами символического мира игры ребенка). На данном этапе дети могут объединяться между собой в пары, но игровое взаимодействие все еще выстраивается с акцентом на взрослого. В игре начинают активно проявляться и прорабатываться негативные эмоции и чувства. Постепенно усиливается самоконтроль. Развивается и усложняется сюжетно-ролевая игра. Третья стадия – групповая. На этой стадии дети проявляют психологическую готовность к взаимодействию друг с другом в группе. Они начинают принимать и следовать правилам группы. Теперь фокус внимания смещается со взрослого на других детей, и их игровое взаимодействие выстраивается друг с другом напрямую, а взрослый выполняет вспомогательную, а не связующую функцию, как раньше. 5) Применяются как недирективный, так и частично директивный подходы. Использование директивных техник вызвано тем, что дети, пережившие онкологическое заболевание, в большинстве случаев имеют ограничения по здоровью (у некоторых

отмечается задержка психоречевого развития). Это выражается в том, что в определенные моменты, терапевт вынужден брать на себя ответственность за руководство и интерпретацию игрового процесса, но все же, основным подходом остается недирективный подход, при котором управление и ответственность за игровой процесс принадлежит ребенку. 6) Осуществляется поддержка в проявлении детьми конструктивного поведения.

Эффективность программы подтверждается тем, что она способствует постепенному формированию нового поведения ребенка, то есть развитию таких адаптивных навыков повседневной жизнедеятельности, как эмпатия; творческая активность; развитие бытовых и гигиенических навыков; познавательная активность; формирование психологических границ; принятие собственных ограничений, связанных со здоровьем. Постепенно ребенок набирается смелости двигаться вперед, становится более зрелым и независимым, и по завершению терапии его отношения с окружающими обретают большую позитивность. Он постепенно продвигается к принятию сложившейся реальности такой, какая она есть, сохраняя при этом активную позицию, доверяя своей способности управлять событиями своей жизни и их последствиями, не смотря на ограничения, связанные с пережитой болезнью.

По результатам работы была подготовлена книга, которая была удостоена национальной премии «Золотая психея» – в номинации «Инструмент года» по итогам 2019 года. В текущем году проект вновь получил свое продолжение благодаря поддержке Фонда президентских грантов.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К ДИСТАНЦИОННОМУ ОБРАЗОВАНИЮ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА

АЛЕКСЕЕВА ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА, ПИ РАО, научный сотрудник
ГОРБУНОВА АНАСТАСИЯ ЛЕОНИДОВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, магистрант
БУРДУКОВА ЮЛИЯ АНДРЕЕВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, доцент
АНТОНОВА ЕЛЕНА ЕВГЕНЬЕВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, старший преподаватель
АРТЕМОВА ЕВА ЭДУАРДОВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, доцент,
декан факультета Клинической и специальной психологии
г. Москва

Под дистанционным обучением понимается «процесс передачи знаний, формирования умений и навыков при интерактивном взаимодействии как между обучающим и обучающимся, так и между ними и интерактивным источником информационного ресурса» (Иуков, 2015). В научной литературе идет дискуссия о положительных и отрицательных сторонах дистанционного образования, как для типично развивающихся детей (Иуков, 2015; Кудрина, 2016), так и детей с ограниченными возможностями здоровья (Myhill и др., 2007; Бодрова, 2012).

В 2020 году в условиях карантина все учащиеся города Москвы, в том числе, и с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) были вынуждены перейти на дистанционное образование без необходимой подготовки. Наше исследование было посвящено изучению отношения родителей детей с ОВЗ к онлайн образованию в данной ситуации. Нам представляется, что изучение мнения родителей может выявить

наиболее характерные трудности, с которыми сталкиваются семьи детей с ОВЗ в условиях дистанционного обучения. В исследовании приняло участие 33 родителя детей с ОВЗ, 31 опрошенных (94%) являются биологическими родителями для своих детей. Большинство респондентов (27 человек) воспитывают детей школьного возраста – от 7 до 16 лет. У шести испытуемых дети были дошкольного возраста: от 3 до 6 лет, трое из этих детей стали получать дистанционное образование – занятия с нейропсихологом/дефектологом/логопедом перешли на онлайн формат. Респондентов просили указать диагноз ребенка, который был определен либо на ЦПМПК, либо на диагностике психиатра. 9 родителей воспитывают детей с РАС, шесть родителей воспитывают детей с НОДА, трое родителей детей с нарушением слуха, столько же родителей детей с синдромом Дауна, у двоих родителей дети с интеллектуальными нарушениями, один испытуемый воспитывает ребенка с синдромом Дауна и ДЦП. Два респондента воспитывают ребенка с ЗПР и столько родителей детей с ЗППР. Пять родителей отказались предоставлять информацию.

Родителей опрашивали, получали ли их дети основное и/или дополнительное образование до карантина, изменилось ли оно в условиях карантина, просили оценить насколько дистанционное образование подходит именно их ребенку и указать на основные трудности дистанционного образования именно для их ребенка.

Оказалось, что практически все испытуемые (32 человека) столкнулись с изменениями и в основном, и в дополнительном образовании своих детей, только у одного испытуемого не произошло изменений в образовании ребенка,

так как ребенок и до наступления карантина, и во время ее не посещал ни детский сад, ни дополнительные занятия и секции. С наступлением пандемии у 25 опрошенных хотя бы один из детей перешел на дистанционное образование, а 8 родителей не столкнулись с этой формой образования своих детей. Следует отметить, что у данных 8 человек основное и дополнительное образование просто прекратилось на время карантина.

При оценке степени того, насколько дистанционное образование подходит именно их ребенку только один родитель отметил, что оно подходит полностью; треть родителей высказала мнение, что дистанционное образование подходит или подходит частично, 16 человек оценили такой тип образования как либо полностью, либо частично неподходящее; пятеро затруднились ответить. Самой частой причиной недовольства дистанционным образованием стало долгое время за компьютером (17 человек) и отсутствие тактильного контакта (16 человек). Кроме того 14 родителей отметили плохую техническую оснащенность учебного заведения и, как следствие, плохую связь во время занятия, а 13 указали, что дистанционное образование делает практически невозможным выполнение физических упражнений, необходимых их ребенку. Интересно, что работой педагогов в условиях нового формата обучения были недовольны только пять родителей из 33 респондентов. Лишь один родитель отметил, что «дистанционное образование сводится к тому, что учитель дает задание, в котором объяснять материал приходится самому родителю». Другой родитель сообщил, что в таком формате сильно возрастает нагрузка на ребенка и объем домашних заданий.

Таким образом, нам представляется, что ключевыми проблемами дистанционного формата образования, по мнению родителей детей с ОВЗ, являются проблемы в данном формате трудно разрешимые. Возможно увеличить техническую оснащенность школ, выработать адекватные рекомендации для физических нагрузок в домашних условиях, однако дистанционный формат не способен обеспечить тактильный контакт, необходимый с точки зрения родителей их детям. Самую часто указываемую трудность, длительное нахождение за компьютером, допустимо скорректировать лишь частично, изменяя продолжительность занятий и вводя дополнительные перерывы, однако подготовка домашних заданий также осуществляется с помощью информационно компьютерных средств.

Список используемых источников

1. Бодрова И.В. Инклюзивное дистанционное образование // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2012. – №. 8. – С. 99-105.
2. Иуков Е.А. Дистанционное обучение детей-инвалидов и лиц с ОВЗ: зарубежный опыт // Педагогический опыт: теория, методика, практика. – 2015. – №. 1. – С. 265-266.
3. Кудрина Е.А. Дистанционное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья // Международный конгресс практиков инклюзивного образования. – 2016. – Т. 15. – С. 206-210.
4. Myhill W.N., Samant D., Klein D., Kaplan S., Reina M.V., & Blanck P. Distance education initiatives and their early 21st century role in the lives of people with disabilities. // Distance Education. – 2010. – P. 241-280.

СТРАХ СМЕРТИ КАК ОСНОВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОНКОПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

ГАМЗАЕВА МАРЬЯМ ИЛЬЯСОВНА, Служба «Ясное утро»
(АНО «Проект СО-действие»), психолог-консультант, г. Москва

В условиях пандемии страх онкологических пациентов остаться без лечения возрос в связи с рядом изменений в работе здравоохранения: перепрофилирование лечебных учреждений под covid-19, необходимость самоизоляции, возросшие сроки ожидания на очный приём к лечащим врачам, изменение количества медицинского персонала в профильных отделениях и т.д. Высокий уровень тревожных и агрессивных состояний наблюдался в период самоизоляции, когда онкопациенты столкнулись с трудностями получения планового лечения и госпитализации, закрытием онкологических отделений и оставались в неведении, когда появится возможность получить полноценную помощь вновь. Подобные запросы озвучивались абонентами в звонках, количество которых заметно увеличилось на горячие линии психологической помощи, в том числе и на горячую линию Ясное утро.

Для большинства онкопациентов возможность получить медицинскую помощь представляет собой жизненную необходимость. Лечение онкозаболевания в сознании пациента приравнивается к условию существования, а отсутствие лечения может означать невозможность бытия в этом мире. Таким образом, лечение составляет основной компонент первой фундаментальной мотивации «мочь быть в этом мире» по А. Лэнгле, поскольку невозможность получения медицинской помощи порождает не столько вопрос о качестве

жизни, сколько вопрос о физической возможности существования в подобной экзистенциальной ситуации.

Фундаментальный страх, соответствующий рассматриваемому уровню мотивации, порождает у пациентов вопрос, «могу ли я вообще быть в условиях, в которых оказался в этом мире?». При невозможности принять и как-то обойтись с ним тревога начинает постоянно сопровождать пациента в его жизни.

Первичным источником тревоги, которая преследует всех людей и всё время напоминает о себе, является смерть. Однако онкологические пациенты и их близкие, более склонные к переживанию состояния неизвестности по сравнению с людьми без диагноза, чаще сталкиваются со страхом смерти. Он выражается в различных других страхах, опосредованно касающихся смерти: страх за состояние близких, страх боли и мучений, страх того, что будет после смерти. Тревога, вызванная страхом смерти, также имеет тенденцию к маскировке в более мелких страхах, которые могут отстоять далеко от первоначального источника и манифестируют себя в страхе отвержения другими, потери самоуважения, чувстве самоотчуждения и др.

То, что ближе к собственному страху смерти, характеризуется как страх прекращения бытия и физического существования, и именно он лежит в основе тревожных состояний онкопациентов в период пандемии в связи с угрозой прекращения получения медицинской помощи.

Как обходиться с этим страхом? Рациональная мысль о смерти не несет страха, поскольку сознательно любой человек хоть единожды, но обращался к ней. То, что пугает больше всего, скорее относится к жизни, а именно к тому,

что в ней было сделано и что было упущено. Глубокое осмысление факта конечности существования даёт возможность взглянуть на свою жизнь под другим ракурсом.

Так или иначе, страх смерти присутствует в нас всегда. Для онкопациентов пандемия представилась затяжным кризисным периодом, в момент которого тревога заполонила сознание и могла довести до панического состояния. Однако напрямую страх смерти нечасто озвучивается и принимает разные формы.

В рамках анонимного телефона доверия возможность любой терапевтической работы ограничена, тем более со страхом смерти. Следует помнить, что его рассмотрение чаще ведет к порождению еще большей тревоги, поэтому при работе с ним необходима подготовка к разговору об этом страхе и дополнительные ресурсы. В связи с этим, на горячей линии помощь психолога онкобольным в переживании тревоги смерти заключается в том, чтобы справиться с конкретными страхами, отделенными от первоисточника, и приоткрыть занавес для частичного знакомства со страхом смерти.

Следует отметить, что его рассмотрение необязательно увеличивает психическое здоровье. По-видимому, в кризисный период необходимо смотреть как в лицо страху смерти, так и в сторону от него. Отметка о его наличии помогает обратиться к рассмотрению жизни, что может стать ресурсом и помочь. Главный пункт заключается в том, чтобы показать в трудный момент, что необходимо попытаться иметь больше жизни и меньше смерти.

Литература

1. Лэнгле С. Особенности понимания страха в экзистенциальном анализе./ С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии: сборник статей. – 4-е изд. – М.: Генезис, 2017. – С. 99-116.
2. Фейфел Г. Смерть – релевантная переменная в психологии. /Экзистенциальная психология. Под ред. Ролло Мэя. – М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001. <http://www.psylib.ukrweb.net/books/meyro04/txt03.htm> (дата обращения: 3.10.2020) – текст: электронный.
3. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Независимая фирма «Класс», 2019 – с. 34-86.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ИЗЛЕЧЕННЫХ ОТ ОПУХОЛИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

ГОЛОВКО Ю. А., ГАУЗ «Оренбургская районная больница»

СЕРГЕЕВА С. Г., ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова», Оренбург

КАРПЕЦ А. В., ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова», Оренбург

КОВАЛЕНКО Н. В., АО Санаторий «Дубовая роща», г. Оренбург

ЗАХАРОВА Т. Н., Оренбургская областная общественная организация «Оренонк»

СИДОРЕНКО Л. В., ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева»

Актуальность.

По данным Национального института психического здоровья США нейрокогнитивные и психологические дисфункции у пациентов, получавших противоопухолевое лечение в детском возрасте, регистрируются в большей степени, чем в общей популяции. Последствия противоопухолевого лечения в детском возрасте приводят к существенному ухудшению качества жизни. тяжелым социально-экономическим последствиям для самого пациента и его семьи. Своевременная коррекция имеющихся отклонений в процессе специализированной реабилитации, позволяет улучшить эмоциональное состояние, облегчить процесс социальной адаптации, минимизировать экономические потери. Развитие специализированной реабилитационной помощи – шаг к решению вышеуказанных проблем в регионе

Цель исследования. Оценить эффективность социально-психологической реабилитации пациентов, излеченных от онкологического заболевания в детском возрасте в процессе восстановительного лечения в регионе.

Материалы и методы: В рамках выполнения грантового проекта фонда Президента РФ по развитию гражданского общества 2019, проводилась оценка эффективности психокоррекционных методик. Основную группу составили 24 ребенка, излеченных от опухоли со сроками ремиссии более 3 лет. В контрольную группу вошли 8 сиблингов и 16 практически здоровых детей, идентичных по полу и возрасту. Использовались методы наблюдения, беседы, анкетирования, опроса. Изучались показатели когнитивных функций – скорость обработки информации, кратковременная память, зрительная память, невербальное мышление, когнитивная гибкость. Коррекция выявленных нарушений проводилась с помощью индивидуальных и групповых психологических тренингов. Психологическая коррекция заключалась в развитии произвольной саморегуляции поведения, формирования коммуникативных навыков, зрительно-моторной координации, повышении работоспособности, учебной мотивации, расширении познавательной стратегии.

Результаты.

При исследовании когнитивной, мотивационно-познавательной сферы у большинства пациентов основной группы соответствовали возрастной норме: 91,3% (n-21), и практически не отличались от контрольной группы. Показатели концентрации и устойчивости внимания, планирования и контроля деятельности в процессе психологического тренинга показали положительную динамику от низкой границы

возрастной нормы к более высокой в процессе занятий, групповой и индивидуальной работы психологов. Однако, в отличие от контрольной группы, в основной группе отмечался средний темп деятельности, а при увеличении когнитивной нагрузки отмечались снижение работоспособности и общего тонуса, быстрая утомляемость, эмоциональное истощение.

При анализе протекания социально-психологических процессов и общих способностей большинство участников основной группы демонстрировали выраженный интерес к конструктивному характеру взаимодействия в социальной среде. Отмечается высокая степень мотивационной деятельности к творческой, познавательной направленности. Большинство участников основной группы при групповой стратегии деятельности демонстрировали повышенную включенность в работу. Однако, в отличие от участников контрольной группы, коммуникации пациентов, излеченных от онкологического заболевания отличались пассивностью и безинициативностью, ведущей стратегией имела место ориентация на действия других участников.

Выводы. У пациентов, получавших противоопухолевое лечение, навыки эффективной коммуникации развиты, однако сформированы не в полной мере. Круг интересов и склонностей этого контингента требует внимания к развитию навыков межличностного общения, способности регуляции и контроля произвольной деятельности. У всех участников независимо от пола, возраста, групповой стратификации в процессе социально-психологической

реабилитации отмечалась положительная динамика эмоционально-поведенческой сферы личности, стабильное, преимущественно положительное эмоциональное состояние, снижение уровня тревожности, улучшение коммуникативных (вербальных и невербальных) навыков в совместной деятельности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ИЗЛЕЧЕННЫХ ОТ ОПУХОЛИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ГОЛОВКО Ю. А, ГАУЗ «Оренбургская районная больница»

СЕРГЕЕВА С. Г., ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова», Оренбург

КАРПЕЦ А. В., ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова», Оренбург

КОВАЛЕНКО Н. В, АО Санаторий «Дубовая роща», г. Оренбург

СИДОРЕНКО Л. В, ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева»

Актуальность.

С увеличением популяции детей, излеченных от опухоли особую значимость приобретают проблемы психоэмоционального состояния, связанного с перенесенной стрессовой нагрузкой, противоопухолевым лечением, риском рецидива, социальной адаптацией.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку психологического статуса здоровых детей и пациентов, излеченных от опухоли.

Материалы и методы: В рамках выполнения грантового проекта фонда Президента РФ по развитию гражданского общества 2019, проводилась оценка психологического статуса 24 детей, излеченных от опухоли, составивших основную группу и детей контрольной группы, включающей 8 сиблингов и 16 практически здоровых детей, идентичных по полу, возрасту. Проводилась оценка вербально-логического, стратегического мышления, гибкости мышления, навыков коммуникации со сверстниками, функций концентрации,

устойчивости и распределения внимания, произвольной саморегуляции поведения, зрительно-моторной координации, работоспособности. Использовались методы наблюдения, беседы, анкетирования, опроса.

Результаты:

Средний возраст пациентов основной группы составил 6 лет, медиана наблюдения 5,9 лет. При распределении по полу преобладали мальчики в соотношении 2,2:1. Основную группу составили преимущественно пациенты с гемобластозами (n-19).

У всех участников основной, контрольной группы отмечалось стабильное эмоциональное состояние, продуктивный контакт со специалистом, высокая мотивация работы с психологом. При психодиагностике пациентов основной группы были выявлены следующие нарушения эмоциональная неустойчивость 73,9% (n-19), высокая тревожность 57,7% (n-15), инфантилизм 53,8% (n-14), низкая самооценка 46,1% (n-12), эгоцентризм 23% (n-6), страхи 15,3% (n-4), чувство вины 3,8% (n-1), агрессия 3,8% (n-1),

Когнитивные нарушения включали следующие состояния: повышенная тревожность 57,7% (n-15), быстрая утомляемость 46,2% (n-12), снижение концентрации внимания 42,3% (n-11), снижение скорости обработки информации 19,2% (n-5), дефицит мотивации 15,3% (n-4), снижение функций планирования и контроля деятельности 11,5% (n-3), низкая эффективность использования оперативной памяти 11,5% (n-3), В контрольной группе процент психологических дисфункций отмечался лишь у одной трети исследуемых – были выявлены эгоцентризм 15,3% (n-4), проблемы концентрации внимания 15,3% (n-4), повышенная тревожность

11,5% (n-3), эмоциональная неустойчивость 11,5% (n-3), низкая самооценка 3,8% (n-1), быстрая утомляемость 3,8% (n-1). Академическая неуспешность отмечалась лишь у одной трети опрошенных участников основной группы – 34% (n-8) случаев и 17% (n-4) участников контрольной группы.

Выводы:

Пациенты, излеченные от опухоли по сравнению со здоровыми сверстниками пребывают в состоянии хронического стресса. Большинство из них с высокой частотой отмечают чувство страха уныния, грусти, тревожности, реже чувство вины и агрессии. Академическая неуспешность является следствием психологических дисфункций. Определение ресурсных и проблемных возможностей индивидуума является основой для разработки персонифицированных программ восстановительного лечения.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ДЕЙНЕКА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА, Самарский государственный медицинский университет, Кафедра медицинской психологии и психотерапии, доцент

Психологическая реабилитация онкологических больных является одной из актуальных проблем современной медицины. На сегодняшний момент без своевременной квалифицированной психологической помощи становится невозможным представить эффективность реабилитации онкологических заболеваний. Успешность психологической реабилитации во многом определяется реабилитационным потенциалом личности, под которым в настоящее время понимается возможность, способность и направленность личности активно участвовать в реабилитационном процессе и решать поставленные реабилитационные задачи. Определение реабилитационного потенциала позволяет оценить ресурсы личности в совладании с болезнью.

Настоящее исследование проведено с целью изучения взаимосвязи реабилитационного потенциала и показателей экзистенции и жизнестойкости у женщин с онкологическими заболеваниями.

Выборку составили 25 женщин с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы и 46 женщин

с раком молочной железы, находящиеся на лучевой и химиотерапии Самарского областного клинического онкологического диспансера. Средний возраст составил $57,3 \pm 5,9$ лет.

Методы исследования: методика «Реабилитационный потенциал личности» (Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В., 2011); тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой (2006); шкала экзистенции А. Лэнглер и К. Орглер в адаптации Н.И. Майниной (2010).

В ходе проведенного исследования у 60% женщин выявлен средний уровень реабилитационного потенциала, у 40% – высокий (при $p \leq 0,05$). В структуре реабилитационного потенциала преобладали достаточно высокие показатели коммуникативного компонента (60%). Показатели эмоционального компонента и компонента внутренней картины болезни снижены у 50% женщин. Выявлено достоверное снижение мотивационного компонента, имеющего особое значение, поскольку он определяет мотивацию к выздоровлению, актуализацию деятельности больных и их поведение в ситуации болезни (при $p \leq 0,05$). У 10% женщин в структуре реабилитационного потенциала отмечается снижение показателей мотивационного, эмоционального компонентов и компонента внутренней картины болезни, что позволяет отнести их к группе риска психической дезадаптации в болезни и указывает на низкие ресурсы личности.

В исследуемой группе отмечается тенденция к снижению показателей жизнестойкости. В целом преобладает средняя жизнестойкость, которая отмечается у 55% женщин, низкая выявляется у 30% женщин, высокая жизнестойкость – у 15% (при $p < 0,02$). По компоненту вовлеченности 55% женщин имеют средние показатели, их поведение и активность

ситуационно обусловлены, они могут периодически проявлять активность, но могут также оставаться пассивными и безразличными. Низкие показатели вовлеченности отмечаются у 25% обследованных женщин.

По шкале контроля низкие показатели выявлены у 25% обследуемых женщин, что свидетельствует о чувстве собственной беспомощности, 75% имеют средние значения, высоких показателей не выявлено. Низкие показатели принятия риска выявлены у 30% пациенток, средние – у 45%, высокие – у 25%. Также отмечается снижение общего показателя экзистенциальной исполненности с преобладанием средних (60%) и низких (40%) значений. Женщины с низкими показателями компонентов экзистенциальной исполненности ощущают себя неспособными принимать решения и делать собственный выбор. Тенденция к снижению происходит преимущественно за счет низких показателей экзистенциальности (40%) и ответственности (55%).

Низкие показатели по шкале персональности (20%) говорят о закрытости, отгороженности от мира, повышенной готовности к психосоматическим реакциям. Низкие значения показателя свободы у 25% больных свидетельствуют об ограниченной способности принимать решения, ощущении беспомощности и бессилия. Для 30% женщин с низкими показателями самодистанцирования характерны незрелость, чрезмерная фиксация, невозможность быть объективной по отношению к себе. Низкие показатели самотрансценденции (15%) указывают на недостаток эмоциональности, непонимание и недостаток ценности собственных переживаний.

С целью выявления взаимосвязи изучаемых психологических параметров был проведен корреляционный анализ.

Корреляционные связи компонентов реабилитационного потенциала

КОМПОНЕНТЫ	ПОКАЗАТЕЛИ, R
Мотивационный компонент	Контроль (0,536*) Самотрансценденция (0,520*) Свобода (0,505*) Ответственность (0,588**) Персональность (0,528*) Экзистенциальность (0,634**) Общий показатель экзистенции (0,673**)
Эмоциональный компонент	Принятие риска (0,482*)
Коммуникативный компонент	Вовлечённость (0,471*)

* – данные значимы при $p < 0,05$, ** – данные значимы при $p < 0,01$

Как видно из таблицы, мотивационный компонент реабилитационного потенциала положительно взаимосвязан с общим и всеми структурными показателями экзистенции, эмоциональный компонент – с показателем жизнестойкости «принятие риска», коммуникативный – «вовлечённость».

Проведенный анализ позволил выделить отрицательную корреляцию между стадией заболевания и принятием риска ($r = -0,51$, при $p < 0,05$), а также показателями экзистенции: персональность ($r = -0,621$, при $p < 0,01$), самотрансценденция ($r = -0,52$, при $p < 0,05$) и самодистанцирование ($r = -0,48$, при $p < 0,05$).

Проведенное исследование позволяет оценить уровень реабилитационных возможностей личности в ситуации онкологического заболевания и определить основные направления психологического сопровождения для повышения психологической составляющей реабилитационного потенциала.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНО ЗА СЧЕТ ГРАНТА РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ФОНДА (ПРОЕКТ № 19–18 00426))

ЕВСТАФЕЕВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА, ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», г. Челябинск, декан факультета психологии и педагогики, Лаборатория психофизиологии Национального исследовательского Томского государственного университета, г. Томск, старший научный сотрудник

ЦИРИНГ ДИАНА АЛЕКСАНДРОВНА, ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», г. Челябинск, профессор кафедры психологии, Лаборатория психофизиологии Национального исследовательского Томского государственного университета, г. Томск, главный научный сотрудник

Во всем мире злокачественные новообразования входят в десятку ведущих причин смертности среди населения (ВОЗ, 2018). Не исключением является рак молочной железы. В России ежегодно от рака молочной железы умирает более 20 тысяч пациенток (НМИЦ радиологии Минздрава России, 2017). Несмотря на очевидный прогресс медицины в методах диагностики и лечения данного заболевания, остаются актуальными задачи по снижению уровня смертности от злокачественных новообразований и повышение качества жизни больных. Оценка больными степени удовлетворенности качеством жизни является дополнительным критерием эффективности и безопасности лечения злокачественных новообразований (Дьяченко, Коваленко, 2013). Качество жизни — интегральная характеристика физического, психического, социального

функционирования больного или здорового человека, основанная на его субъективном восприятии (Ионова, 2019). Для изучения данного феномена значимыми являются междисциплинарные исследования, проводимые на стыке психологии, медицины, биологии. Комплексные исследования психологических характеристик и их связи с качеством жизни больного или здорового также представляют научный интерес и требуют дальнейшей разработки.

Проблемой настоящего исследования являлся поиск взаимосвязи жизнестойкости женщин с раком молочной железы (далее РМЖ) и их оценки качества жизни. Целью исследования являлось выявление взаимосвязи жизнестойкости женщин больных РМЖ с их показателями качества жизни.

Гипотезой исследования стало предположение о том, что жизнестойкость женщин с раком молочной железы связана с их оценкой качества жизни. Выборку составили 186 женщин в возрасте от 26 лет до 80 лет, проживающие в территории России. У всей выборки женщин в течение 6 месяцев диагностирован рак молочной железы (I стадия – 59%, II стадия – 22,7%, III стадия – 13,6%). В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: тест жизнестойкости (адаптация Д. Леонтьева), опросник SF-36 (36-ItemShort-FormHealthSurvey).

В результате корреляционного анализа обнаружена взаимосвязь между компонентами жизнестойкости и оценкой качества жизни у женщин с РМЖ.

Компонент вовлеченности положительно коррелирует с такими показателями качества жизни как физическое функционирование ($r=0,165$; $p=0,027$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($r=0,239$;

$p=0,001$), социальное функционирование ($r=0,234$; $p=0,002$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r=0,279$; $p=0,000$), жизненная активность ($r=0,265$; $p=0,000$), психическое здоровье ($r=0,246$; $p=0,001$). Чем выше развит у женщин с РМЖ компонент вовлеченности, тем выше их оценка своего физического и психического здоровья. Вовлеченность женщин в происходящее отражает их уверенность в себе и убежденность, что собственная деятельность имеет смысл и дает положительный результат. Компонент жизнестойкости «контроль» положительно коррелирует с шкалами «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($r=0,228$; $p=0,002$), «социальное функционирование» ($r=0,241$; $p=0,001$), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($r=0,274$; $p=0,000$), «жизненная активность» ($r=0,205$; $p=0,006$), «психическое здоровье» ($r=0,231$; $p=0,002$). Как мы полагаем, чем выше развит компонент контроля у женщин с РМЖ, тем выше их оценка своего физического и психического состояния.

Показатель жизнестойкости «принятие риска» положительно коррелирует с такими параметрами качества жизни, как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r=0,172$; $p=0,020$), жизненная активность ($r=0,175$; $p=0,019$), психическое здоровье ($r=0,150$; $p=0,043$). Чем выше развит компонент принятия риска у женщин с РМЖ, тем лучше они оценивают свое психическое состояние. Развитый компонент принятия риска свидетельствует об убежденности женщин с РМЖ в том, что любой опыт обогащает и развивает личность. Общий показатель жизнестойкости также положительно коррелирует с показателями психического здоровья ($r=0,232$; $p=0,002$), социального функционирования ($r=0,219$;

$p=0,003$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным ($r=0,228$; $p=0,002$) и физическим состояниями ($r=0,226$; $p=0,002$), жизненной активности ($r=0,191$; $p=0,009$). Чем более выражены у женщин с РМЖ компоненты жизнестойкости, тем выше оценка женщин своего физического и психического здоровья. Жизнестойкость позволяет женщинам с РМЖ справляться с внутренним напряжением в стрессовой ситуации и влияет на положительную оценку физического и психического состояния.

Таким образом, обнаруженные корреляции свидетельствуют о возможном влиянии компонентов жизнестойкости на формирование субъективной оценки степени удовлетворенности своим физическим и психическим состоянием у женщин с раком молочной железы.

Литература:

1. Дьяченко В. Г., О А. С., Коваленко В. Л.. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-izucheniya-kachestva-zhizni-bolnyh-rakom-molochnoy-zhelezy-obzor-literatury>(дата обращения: 10.06.2020)
2. Ионова Т. И. Значение исследования качества жизни в современном здравоохранении // Качество и жизнь. 2019. 1(21).стр.3–8

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ, НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ЗИМИНА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА, Онко-гематологический центр им. Ф. П. Гааза
г. Перми, медицинский психолог

Проблема психологического сопровождения онкобольных детей и их семей располагается на стыке различных сфер жизнедеятельности человека и различных направлений психологии: медицинской психологии, психологии личности, семейной терапии и социальной психологии.

Известно, что «диагноз рак является сильнейшей психологической травмой и онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации»[1].

В онко-гематологический центр им. Ф. П. Гааза г. Перми существует психологическая служба, где работает 3 психолога (1 педагог-психолог и 2 медицинских психолога).

Основной задачей психологической работы является адаптация ребенка и его семьи к онкологическому заболеванию, лечению, реабилитации или паллиативному статусу.

В онкологии находятся дети с различными заболеваниями, но хотелось бы осветить клинический случай паллиативного ребенка.

Знакомство с семьей произошло в январе 2019 г. Ребенок уже год лежал в больнице на химии после операционного вмешательства. У ребенка уже было заключение о паллиативном статусе.

Диагноз ребенка: классическая медуллобластома червя мозжечка и IV желудочка с метастатическим поражением спинного мозга, ствола, височной доли слева. У ребенка имеется трахео и гастро стомы.

В процессе взаимодействия с мамой проведены такие методика, как: Цветовой тест Люшера, САН, Тест-опросник родительского отношения (ОРО), Методика диагностики отношения к болезни ребенка, наблюдение, беседа [2].

По данным Цветового теста Люшера.

Наблюдается готовность пожертвовать собственными стремлениями и отказаться от стремления достичь престижного положения, т.к. предпочитает ко всему относиться безмятежно, не отказывая для себя в комфорте и защищенности. Ощущение одиночества. Напряжение, вызванное нервным истощением.

У мамы наблюдается: среднее самочувствие (в последнее время она жаловалась на боли в области груди и я настаивала об этом сообщать врачам, они же в свою очередь контролировали это), высокая активность (она постоянно живет в движении, жизнь была по распорядку).

По тесту-опроснику родительского отношения (ОРО), авторы А.Я. Варга, В.В. Столин больше всего баллов было по 2 шкалам:

- шкала «Симбиоз» отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Мама чувствует себя с ребенком единым целым (спать совместно, хотя у мамы отдельное спальное место), удовлетворяет все потребности ребенка, ограждает его от проблем и неприятностей жизни;

- шкала «Авторитарная гиперсоциализация» Мама требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Она старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения.

По отношению к болезни ребенка:

Шкала интернальности (И) причины болезни воспринимаются как нечто независимое от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Шкала тревоги (Т). Тревога мешает адекватному восприятию ситуации и адекватным действиям в отношении ребенка. Шкала нозогнозии (Н). Наблюдается преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия). Шкала контроля активности (А) родители устанавливают на время болезни максимальное ограничения активности ребенка. Шкала общей напряженности (О). напряженное отношение к заболеванию ребенка.

Описание ребенка: самостоятельно не ходит, в руках мог держать предметы, рисовал с физической поддержкой. Кушал часть через рот, протертую пищу, докармливала мама через гастростому. Проявлял интерес к игрушками и любит слушать сказки. Часто просился выйти к детям, общался жестами, сам придумывал их, при постоянном общении с ребенком легко можно было понять, что он хочет или не хочет. Интеллект у ребенка сниженный.

Маме удалось совмещать работу с пребыванием в стационаре, хорошо влияло на ее эмоциональное состояние.

С мамой проводилась постоянная терапевтическая работа.

После смерти ребенка ведется дальнейшее сопровождение семьи в формате скайп встреч или по телефону, с связи с тем, что семья живет в пермском крае [3].

Деятельность психолога в онкологическом отделении включает в себя: психологическую диагностику для выявления актуального состояния родителей ребенка, психологическую работу, направленную на принятие родителями заболевания ребенка, формирование у них адаптивных форм поведения в ответ на психотравмирующую ситуацию.

Библиографический список

1. Березкин Д. П., Зырянова Н. Г. О перспективах психосоматических исследований в онкологии // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976. – С. 16-18.
2. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с. (с. 36-38)
3. КюблерРосс Э. О смерти и умирании/Киев: София, 2001. 320 с

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У СОТРУДНИКОВ ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», КАЗАНЬ

КИРЮХИНА МАРИНА ВАСИЛЬЕВНА, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, врач-психотерапевт, к. м. н.

САМИГУЛЛИНА АЛИЯ РИНАТОВНА, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, врач-психотерапевт

ФАЙРУШИНА АЙГУЛЬ НАИЛЬЕВНА, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, заведующая дневным стационаром № 5, врач-химиотерапевт

РАЗУМНОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, клинический психолог

САРБАЕВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, клинический психолог

Профессиональная деятельность медицинских работников, особенно в онкологической среде связана с большим количеством факторов, вызывающих стресс. Многие исследования показывают, что высокий риск «профессионального выгорания» отмечается именно у специалистов, работающих в длительном контакте с тяжелыми, неизлечимыми, умирающими больными, среди которых на первом месте остаются врачи-онкологи. Эмоциональное истощение, длительный рабочий день, огромный поток пациентов, специфика самого заболевания способствуют повышению тревожных и депрессивных состояний у самих медицинских работников. В свою очередь, действие хронического стресса негативно отражается не только на психическом, но и на физическом здоровье работника. Психоэмоциональное состояние может выражаться в различных показателях тревоги и депрессии.

Цель исследования: оценить уровень тревоги и депрессии у сотрудников ГАУЗ РКОД МЗ РТ 2020 г.

Методы исследования: в качестве методов исследования был выбрана госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A. S., Snaith R. P.). В интерпретации HADS: 0-7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия; 11 баллов и более – клинически выраженная тревога или депрессия.

Результаты исследования (2020 г.): В исследовании приняло участие 195 сотрудников Республиканского клинического онкологического диспансера (в 2019 г. – 174). Из них 89% женщин и 11% мужчин. Средний возраст – 39 лет. Средний стаж – 13 лет. Среди опрошенных: хирурги – 6%, химиотерапевты – 10%, радиологи – 1%, средний медицинский персонал – 65%, младший медицинский персонал – 18%.

Необходимо отметить, то исследование проводилось в период карантинных мероприятий пандемии коронавируса.

По результатам проведенного исследования установлено, что 31% опрошенных имеет высокий уровень клинически выраженной депрессии, 15% – высокий показатель клинически выраженной тревоги.

Среди отделений диспансера: высокая степень тревоги выявлена у специалистов лор-отделения – 62% и в отделении химиотерапии № 2-55%. Наименьшие показатели тревоги показали специалисты: урологического отд. – 14% и дневного стационара № 1-8%.

Уровень депрессии наиболее высокий в отделениях: химиотерапии № 1-25%, в Набережно-челнинском филиале (филиал диспансера в г. Набережные Челны) – 24%. Отсутствие

клинической депрессии были отмечены среди специалистов в отделениях: гинекология № 2 и торакальном. Стоит отметить, что в 2019 году в торакальном отделении проводилось тестирование и был выявлен высокий уровень депрессии – 55%. В связи с чем в отделении была проведена групповая психотерапевтическая работа сотрудниками отделения реабилитации (в команде врача психотерапевта и психологов) и как результат – снижение депрессивного показателя среди медицинских работников отделения.

Выводы:

1. Уровень тревоги и депрессии значительно выражен среди медицинских работников онкологического диспансера. Требуется дифференцированный подход к различным отделениям (лор-отд, отд. химиотерапии, Набережно-челнинском филиале) с целью определения специфичности триггеров тревоги и депрессии.
2. Провести анализ стрессовых факторов, включающих ситуацию, связанную с коронавирусом, влияющих на деятельность медицинских работников.
3. Психологическая работа с персоналом торакального отделения 2019 г. привела к положительной динамике в 2020 г.: снижение уровня депрессии у сотрудников, что служит показателем эффективности и необходимости продолжения психологической работы с медицинским персоналом диспансера.
4. Разработать и внедрить программу профилактики выгорания и совладания со стрессом среди медицинских работников онкологического диспансера.

5. Психологическая работа с медицинским персоналом ГАУЗ РКОД МЗ РТ является необходимой частью работы психологической службы отделения медицинской реабилитации, как диагностики, так и профилактики стрессовых фактором и синдрома профессионального выгорания.

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ МАТЕРЕЙ В СИТУАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКОМ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

КОЗЛОВА ВАЛЕНТИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ
ЗАХАРОВА МАЙЯ ЛЕОНИДОВНА, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ,
Медицинский институт им. Березина Сергея

Введение

По всему миру с каждым годом возрастает количество детей, у которых выявлено онкологическое заболевание [5]. Данная ситуация является стрессовой и меняет уклад не только пациента, но и всей его семьи, в особенности родителей. Так как мы знаем, что родитель является наиболее значимой фигурой в жизни любого человека, в ситуации болезни ребенок наиболее активно отражает и остро воспринимает психоэмоциональное состояние ближайшего окружения [3,4]. Таким образом, актуальность проведенного исследования определяется необходимостью эффективной психологической помощи, основывающейся на понимании психоэмоциональных, личностных, адаптационных особенностей родителей онкологически больных детей.

Целью исследования являлось определение особенностей адаптационных ресурсов матерей, сопровождающих ребенка с онкопатологией при прохождении им лучевой терапии.

Методы исследования

В исследовании приняли участие две группы испытуемых:

1. основная группа – матери, сопровождающие своего ребенка с онкологическим заболеванием в процессе прохождения им лучевой терапии, – 20 человек в возрасте от 23 до 61 года;
2. Контрольная группа – 20 родителей (матерей) в возрасте от 24 до 56 лет, имеющих условно здоровых детей.

Для исследования основных стратегий преодоления стрессовой ситуации матерями детей с онкопатологией, проходящих лучевую терапию, была использована методика «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS) (С. Хобфолл) (Русскоязычная версия Водопьяновой Н.Е., Старченковой Е.С.). Для исследования ведущих механизмов психологической защиты у матерей детей с онкопатологией, проходящих лучевую терапию применялся опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман и Х.Р. Конте, в адаптации Вассермана Л.И.). Для определения степени выраженности психопатологической симптоматики у матерей, имеющих ребенка с онкопатологией, был использован Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL – 90 – R) (Дорогатис Л.Р., в адаптации Тарабриной Н.В.). Для выявления степени удовлетворенности основных потребностей у матерей основной группы использована методика «Диагностика степени удовлетворения основных потребностей» (Метод парных сравнений Скворцова В.В.) (модификация Акиндиновой И.А.). Исследование самоотношения матерей производилось Тестом-опросником самоотношения (Столин В.В., Пантелеев С.Р.). Обобщенный портрет личностных границ в семьях с онкобольным ребенком с позиции матери, находящейся с ребенком на лечении, производился с помощью проективной методики «Семейная

социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.). Личностные особенности исследовались Гиссенским личностным опросником (Е. Блюхер, Дж. Снер, в адаптации Голынкиной Е.А.). Также был проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента корреляции по Спирмену Ч.М. и сравнительный анализ с помощью U-критерия Х.Б. Манна-Д. Р.

Выводы

Результаты исследования указывают на необходимость психологического сопровождения родителей в ходе лечения онкобольного ребенка, в психопрофилактической или психокоррекционной работе, мишенями которых могут стать такие механизмы психологической защиты, как Отрицание, Вытеснение, Реактивные образования и Проекция. Также отмечается выраженность психопатологической симптоматики, импульсивность и агрессивность поведения, избегание. Выявлена неудовлетворенность основных потребностей матерей, находящихся на лечении со своим онкологически больным ребенком. Важным также является работа по формированию положительного образа себя как личности и представителя определенной социальной группы, с замкнутостью и недоверием к внешнему миру (сравнительно более выраженных относительно группы матерей, имеющих условно здоровых детей). Результаты исследования указывают на риск формирования самообвинительных тенденций у родителей, чувства вины за происходящее с ребенком. Также необходимы психопрофилактические или психокоррекционные мероприятия против тенденций отдаления матери от больного ребенка и дистанцирования себя от других членов семьи.

Литература

1. Загоскина О.А., Нургалеева А.А., Штрахова А.В. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2017. – Т. 10, №1. – С. 88-98.
2. Чулкова В.А., Черненко О.А., Пестерева Е.В., Кулева С.А. Психологическое исследование матери при лечении ее ребенка в онкологической клинике. В кн.: А. М. Беляев и коллектив авторов. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое, дополненное. СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии». – 2018. – С. 156-160.
3. За последние 10 лет заболеваемость раком в мире выросла на 33% [Статья]. Доступно по: <http://www.oncology.ru/news/2019/10/14/> (дата обращения 5.12.2019)

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

КРАСАВИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА, к.б.н., НИИ онкологии Томского
Национального исследовательского медицинского центра, г. Томск

Большинству больных раком гортани и гортаноглотки, впервые обратившимся в медицинские учреждения для специализированного лечения показано комбинированное лечение с обязательным хирургическим компонентом. Хирургическое вмешательство при раке гортани и гортаноглотки приводит к тяжелым нарушениям дыхательной и голосовой функций. Лишает больного возможности общаться звучной речью и как следствие приводит к социальной дизадаптации и инвалидности.

Восстановление нарушенной в результате хирургического лечения голосовой функции является основной задачей в послеоперационном периоде и имеет определяющее значение в плане социальной адаптации и улучшения качества жизни онкологического больного.

Цель исследования Улучшение качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки после ларингэктомии с использованием различных методов восстановления голосовой функции и применением новых технологий.

В отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ для восстановления голосовой функции больных после ларингэктомии проводится четыре метода:

- путем формирования пищевода голоса по методике с применением биологической обратной связи;
- субтотальной ларингэктомии с формированием трахеоглоточного шунта;
- трахеопищеводного шунтирования с установкой голосового протеза;
- применение голосовых аппаратов.

Как критерий оценки эффективности восстановления голосовой функции мы проводили изучение качества жизни больных, которое выполнялось по опроснику EORTC QLQ-30 (version 3.0) и специфическому для опухолей головы и шеи QLQ-H&N35. Исследование проводилось до начала комбинированного лечения, после хирургического этапа в начале этапа реабилитации и после завершения реабилитационных мероприятий.

Количественная оценка качества жизни больных позволяет объективно оценить эффективность восстановления голосовой функции, корректировать тактику проведения реабилитационных мероприятий в динамике.

ПРИМЕНЕНИЕ БОС — ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ ЛИПЕЦКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

КРАСНЫХ НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА, медицинский психолог ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

ДОБРОВА ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА, медицинский психолог ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

ШИНКАРЕВ СЕРГЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ, доктор медицинских наук,
главный врач ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Многочисленные исследования, посвященные изучению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей различных специальностей, показывают, что у врачей-онкологов выявляются одни из самых высоких показателей выраженности фаз СЭВ (И.А. Бердяева, Л.Н. Войт, Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова, М. Olkinuora и др.).

На сегодняшний день, эпидемия, вызванная COVID-19, становится причиной физического, эмоционального и психологического стресса и считается травмирующим событием. Согласно имеющимся в мире данным, в период вспышки COVID-19 практически все медицинские работники подвержены серьезным психоэмоциональным и физическим нагрузкам, вследствие чего происходит усиление негативного влияния факторов, способствующих развитию СЭВ.

Регулярный мониторинг уровня СЭВ у врачей Липецкого областного онкологического диспансера (2014-2019 гг) показывает, что все фазы СЭВ находятся в стадии формирования. Анализ отдельных компонентов СЭВ по выборке свидетельствует, о том, что ежедневное переживание

психотравмирующих обстоятельств, связанных со спецификой работы, особенностями контингента больных (хронические больные, неизлечимые и умирающие пациенты) приводят к формированию неудовлетворенности собой, проявлению у врачей неадекватного избирательного эмоционального реагирования и эмоциональному дефициту.

С целью недопущения развития более тяжелых симптомов СЭВ, для снижения психоэмоционального напряжения у врачей-онкологов (в т.ч. на фоне эпидемиологической ситуации в стране и в мире) с 2020 года в работе медицинских психологов с врачебным персоналом диспансера применяется программно-аппаратный комплекс с биологической обратной связью «БОС-ТЕСТ».

Технические возможности БОС – комплекса позволяют проводить психологическую и психофизиологическую диагностику, диагностику способностей саморегуляции, оценивать стрессоустойчивость и адаптационные возможности организма на основании анализа variability сердечного ритма, планировать и осуществлять тренинг саморегуляции с использованием технологии биоуправления с учетом индивидуальных особенностей. Стоит отметить простоту регистрации, скорость получения информации и возможность проведения повторных исследований.

Курс БОС – тренинга проводится в 3 этапа. На подготовительном этапе

проводится психодиагностическое обследование, определение корректируемых параметров, ознакомление тренируемого с методом, пробный сеанс. На психодиагностическом этапе оценивается степень напряжения регуляторных систем, проводится оценка функционального состояния врача.

По итогам диагностики подбирается вариант тренинга игрового биоуправления. На основном этапе проводятся занятия тренинга по заданному протоколу. Происходит выработка необходимых навыков. На третьем этапе происходит закрепление навыков и поддержание паттерна реагирования.

В ходе работы нам удалось зафиксировать следующие эффекты БОС-терапии у врачей нашего диспансера: освоение специалистами навыков глубокой релаксации, снижение уровня тревоги, усиление чувства контроля над эмоциональным состоянием, улучшение общего самочувствия, повышение самооценки, снижение объема медикаментозной терапии (при расстройствах сна, головных, суставных болях). Было отмечено развитие психофизиологических реакций, противоположных стрессовым: снижение артериального давления, урежение сердечного ритма, снижение сосудистой реактивности. Для получения терапевтического эффекта требуется посещение не менее 10 индивидуальных занятий по 20-30 минут. Периодичность 1-2 раза в неделю.

Выводы:

1. Получение первых результатов применения БОС-терапии у врачей-онкологов диспансера свидетельствует об эффективности метода и необходимости продолжить работу в данном направлении с целью профилактики СЭВ в коллективе.
2. Применение программно-аппаратного комплекса «БОС-ТЕСТ» позволяет организовать регулярный мониторинг и коррекцию психоэмоционального состояния врачебного персонала наряду с другими формами и методами профилактики СЭВ, применяемых в учреждении.

Литература:

1. Диагностика стратегий саморегуляции и стрессоустойчивости методами игрового биоуправления/Мажирина К.Г., Джафарова О.А./Методическое руководство. – Новосибирск: НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, 2011. – 24 с.
2. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19/Треушникова Н.В. и др./ URL: https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/specialists/COVID-19/dop-materials/13-5-20/Rekomendacii_dlja_medrabotnikov.pdf (дата обращения по ссылке 05.10.2020).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХООНКОЛОГИИ ПОДРОСТКОВ

ЛАХАРЕВА ТАТЬЯНА АНДРЕЕВНА, студент 2 курса ФКП МГМСУ им.

А. И. Евдокимова

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ:

ЯЛТОНСКИЙ ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, профессор, д.м.н.

ОГАРЁВ ВАЛЕРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, старший преподаватель, к.псих.н.

Подростковый возраст-этап онтогенеза, расположенный между детством и ранней юностью. Особенность этого периода — резкие, качественные изменения, которые затрагивают все стороны личности. Это период отчуждения от взрослых. Подростковый возраст выражен стремлением противопоставить себя взрослому, отстаивать свою независимость, в это же время подростки ожидают от взрослых защиты, поддержки, помощи и очень зависимы от одобрения и оценок. Ведущая деятельность данного периода — это общение со сверстниками, отдаление от семьи и поиск себя, построение планов на жизнь, а онкологическое заболевание в той или иной мере ограничивает всё необходимое для развития здоровой личности подростка. [2]

Моменты, влияющие на построение восприятия болезни относятся: отношения подростка с родителями, опекунами, а также возрастные особенности, жизненные условия, пол, навык жизни, перенесенные раньше заболевания, особенности личности, то есть его нрав, темперамент, характер, особенности реагирования.

Онкология вносит существенные изменения, влияя на внешний вид подростка, его поведение, характер,

отношениях с окружающими, снижая удовлетворенность собой, изменяя самооценку.

Подростки нуждаются в сопровождении, участии в их лечении родителей, им необходимо внимание для преодоления страха и снижения тревожности. Родители для блага детей должны активно включаться в процесс лечения, они должны помогать создавать и поддерживать безопасную, благоприятную для подростка среду, но родители, как и их дети неизбежно сталкиваются со стрессовыми факторами.

Для семьи болезнь в большинстве случаев глубокая травма, сопряженная с чувством утраты, безысходности контроля над ситуацией и жизнью в целом. Для родителей болезнь ребенка стрессовая ситуация, которая влияет на внутрисемейную атмосферу, супружеские отношения, в дальнейшем на качество жизни ребенка и на его психическое развитие. [1]

Доверительные отношения с родителями улучшат качество жизни болеющего онкологией ребенка, как нельзя лучше способствуя его лечению или же в случае паллиативных пациентов – такие отношения также улучшают психологическое состояние подростка. Социальная поддержка от семьи имеет решающее значение для позитивной перестройки психологического состояния подростков.

Семья – это важная подсистема общества, которая либо помогает справиться с болезнью, (и другими проблемами), либо ухудшает ситуацию, усугубляя психическое состояние подростка и процесс лечения его заболевания. [5]

Проблемы возникают с онкологическими больными подростками и их родителями:

- Возникают дискуссии о статусе реанимации, которые часто откладываются до момента кризисного

состояния подростка из-за общего нежелания родителей или опекунов проводить подобные разговоры.

- Родители хотят агрессивного лечения, в то время как риск причинения вреда ребенку значительно превышает потенциальную пользу.
- Предоставление агрессивного лечения с вероятными токсическими эффектами для неизлечимо больного ребенка.
- Проблемы, возникающие из-за особых ценностей семьи, их религии.
- Ребенок отказывается от лечения или для завершения лечения, которое еще можно продолжить.
- Разногласия между медицинской бригадой и семьей по поводу лечения.
- Родители запрещают обсуждать медицинскому персоналу болезнь и ее лечение с подростком.
- Подросток отказывается принимать лекарства.
- Подросток отказывается выполнять рекомендации врачей.
- Родители против рекомендаций врачей, необходимых ребенку.

Всё перечисленное негативно влияет на качество жизни подростка, на его психологическое состояние и соответственно требует решения этих проблем в дальнейшем, для благополучия пациента. [3, 4, 5]

Литература:

1. Гупта В.Б., Виллерт Дж., Пиан М. и др. При раскрытии серьезного диагноза несовершеннолетний конфликтует с семейными ценностями. *J Dev Behav Pediatr.* 2008; 29

2. Мирзаева Н.А., Мирзаева Ш.Р. Характерные особенности психического развития подростка // Научный аспект. – 2015. – № 1-2. – С. 157-159
3. Оппенгейм Д., Бругьер Л., Коррадини Л., Вивант Ф., Хартманн О. Этическая дилемма: когда родители и врачи расходятся во мнениях относительно наилучшего лечения ребенка. Бюллетень Du Cancer. 2004; 91 (9): 735-738.
4. Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения // Под редакцией: С.А. Тюляндин, Н.В. Жуков. – М. Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии». 2018. – 28
5. Федоренко М.В., Горохова Л.Г. Особенности детско-родительских отношений в семьях с ребенком, больны острым лимфобластным лейкозом // Успехи современной науки. – 2016. – т. 2-№8. -С. 130-132

О МУЗЫКЕ В КОРИДОРАХ ОНКОДИСПАНСЕРА

ОРЛОВА Т. В., психиатр-психотерапевт, врач-онколог высшей категории
Консультативного кабинета сопроводительной терапии в онкологии ЦАОП ГБУЗ
«МГОБ № 62 ДЗМ», к.м.н;

КАННЕР Д. Ю., главный врач ГБУЗ «МГОБ № 62», к.м.н;

МАРГАРЯН А. Г., врач-онколог высшей категории,
заведующий ЦАОП ГБУЗ «МГОБ № 62»,

БАБАНИНА Н. В., врач-онколог высшей категории,
заведующая Консультативного кабинета сопроводительной терапии
в онкологии ЦАОП «МГОБ № 62»,

БЯЛИК М. А., президент некоммерческой организации «Инициатива
по улучшению паллиативной помощи (Palliative Care Initiative
<http://ppci.choosinghope.us>), Boston, USA, к.б.н.

Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ») оказывает специализированную онкологическую помощь пациентам САО и СЗАО г. Москвы. Здесь с 2010 г. работает Консультативный кабинет сопроводительной терапии в онкологии, что дает уникальную возможность оказывать паллиативную помощь больным и их семьям независимо от стадии болезни пациента. Данный вид медицинской помощи особенно востребован в тех случаях, когда по тяжести состояния больного противоопухолевое лечение невозможно или оно перестает проводиться в связи с ухудшением состояния пациента.

Особенности приема в Консультативном кабинете сопроводительной терапии в онкологии:

1. Прием ведется без предварительной записи, в порядке живой очереди.
2. Пациенты и/или их родственники приходят в Кабинет по направлению лечащего врача-онколога, терапевта районной поликлиники, по рекомендации колл центра или регистратуры ЦАОП, минуя прием у районного онколога. Последнее возможно, если пациент и/или его родственники впервые пришли в онкологическую поликлинику с жалобами на те или иные тяжелые проявления заболевания, требующие срочной помощи. Наиболее часто встречаются хронический болевой синдром, синдром дыхательной недостаточности, эметический, отечный, геморрагический и компрессионный синдромы.
3. Ежедневно на прием в Консультативный кабинет сопроводительной терапии в онкологии приходят 30-40 посетителей (пациенты, члены их семей, близкие больному люди, имеющие нотариально заверенные разрешения быть представителями больного, социальные работники).
4. В основном в очереди ожидают приема первичные больные и/или их близкие, которые нуждаются в составлении индивидуального плана паллиативной помощи, назначении и разъяснении программы медикаментозного симптоматического лечения. Первичный прием длится около 30 минут.
5. Повторные посетители, которым нужны дополнительные разъяснения по применению уже рекомендованной программы обезболивания, могут зайти в кабинет без очереди, так как для них требуется значительно

меньше времени по сравнению с первичными больными. Повторный прием длится около 10 минут.

6. В случае, если больному требуется срочная госпитализация в стационар общего профиля (например, для проведения торакоцентеза при тяжелой дыхательной недостаточности, обусловленной гидротораксом и т.д.), на прием с вызовом бригады «Скорой помощи» затрачивается около 40 минут.
7. В среднем людям приходится ждать приема в очереди от 15 минут до часа.

Эмоциональное состояние людей, ожидающих приема, очень нестабильное, так как основными темами, которые они собираются обсуждать с врачом, являются хроническая боль и другие тяжелые телесные и душевные страдания их самих или близкого человека, не купированные адекватно в течение того или иного периода времени.

Часто приема ожидают родственники пациента, которые оставили его дома. Они тревожны и взволнованы тем, что больной находится один без присмотра. Некоторые люди в период ожидания могут проявлять нетерпение, требовать приема без очереди, взвинчивая себя и окружающих. Как следствие, на приеме они не могут полностью сосредоточиться на понимании рекомендаций врача, что снижает эффективность взаимодействия, уменьшает пользу от консультации для больного и его близких.

ЦАОП не имеет возможности организовать кабинет психологической помощи для больных и членов их семей.

В связи со всем вышесказанным мы рассматриваем возможность смягчения эмоционального напряжения у людей, ожидающих приема в очереди к специалистам ЦАОП, с помощью

элементов Музыкальной терапии. Предполагается, что это улучшит их коммуникацию с врачами, позволит быть более открытыми и эффективными в получении медицинской помощи.

Наше предположение заключается в том, что снижению эмоционального напряжения у посетителей может способствовать фоновая музыка в коридорах и холлах Центра амбулаторной онкологической помощи. Речь идет о нейтральной, не вызывающей сильных эмоций музыке с эффектом успокоения, специально подобранной музыкальным терапевтом, имеющим опыт работы в онкологической клинике. Подобная музыка за счет своего релаксирующего действия поддерживает у людей состояние эмоциональной уравновешенности, «гасит» голоса рядом сидящих людей. Медитативный эффект фоновой музыки в коридорах медицинского учреждения можно усиливать трансляцией на экранах видео, где особым образом сочетаются музыка и зрительные образы.

Мы обращаемся к благотворительным фондам, которые могли бы помочь в реализации этих планов по улучшению эмоционального состояния и качества обслуживания посетителей ЦАОП «МГОБ № 62 ДЗМ».

После изучения эффективности проекта «Музыка в коридорах онкодиспансера» в ЦАОП «МГОБ № 62 ДЗМ» данный подход можно будет использовать в других онкологических клиниках и любых медицинских учреждениях, где люди ожидают приема у дверей кабинетов.

ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ФОРМАТЕ ВЫЕЗДНОГО ЛАГЕРЯ «МИРАКЛИОН»

РОДИНА ПОЛИНА ЕВГЕНЬЕВНА, Руководитель службы психолого-социальной реабилитации, Благотворительного центра «Верю в чудо», г. Калининград

С 2012 года в Калининграде благотворительный центр «Верю в чудо» проводит особенный вид психолого-социальной реабилитации семей с детьми с онкологическими заболеваниями в формате выездного семейного психотерапевтического лагеря «Мираклион». За эти годы, это мероприятие переросло в настоящее ядро помощи подопечным. Именно «Мираклион» стал необходимой площадкой, соединительным мостом между семьей, которая вышла в ремиссию и благотворительным центром «Верю в чудо», который может и умеет поддерживать вне больничных стен. Уникальность нашего выездного лагеря именно в его формате – работа с семейной системой. Цель: адаптация семейной системы к новым реалиям, которые вносит болезнь ребенка, восстановление качества жизни и профилактика психических расстройств. Ребенок, вернувшись с госпитализации, попадает домой в некоторую среду, которая может оказаться агрессивной или недостаточно поддерживающей для того, чтобы ребенок восстановился психологически. Задача выездного лагеря «Мираклион» в организации индивидуальной и групповой психологической помощи, направленной на адаптацию семейной системы к заболеванию и выстраивание безопасной среды, позволяющей ребенку успешно

социализироваться и реабилитироваться в статусе ремиссии онкологического заболевания.

Покидая стены стационара, родители не видят причин связываться с благотворительным центром «Верю в чудо», ведь основная проблема жизнеобеспечения и лечения частично решена и самое сложное позади. Однако, качество жизни семьи сильно меняется: длительное пребывание в больнице ребенка и чаще всего матери отражается на сиблингах и супружеских отношениях, переживания смертельной угрозы ребенка искажают детско-родительские отношения, повышаются и обостряются риски невротических и психопатологических нарушений у всех членов семьи. Находясь в постоянном и интенсивном стрессе, все эти ухудшения воспринимаются как данность, остаются незамеченными или неоцененными. Семейная система становится разбалансированной, уязвимой, а потому часто ее границы оказываются закрытыми для индивидуальной работы с психологом.

Тогда Благотворительный центр «Верю в чудо» приглашает всю семью в выездной лагерь психолого-социальной реабилитации «Мираклион». В отель на берегу балтийского моря, во время мягкого сезона ранней осени или поздней весны. Где 5 дней вся семья находится в одном месте с целью восстановления сил и обновления. Именно здесь родители знакомятся с командой психологов, узнают формы работы и цели, формируется доверие к специалистам. Семейная система начинает свою трансформацию в сторону гармонизации внутрисемейных отношений. Родители погружаясь в безопасную среду психотерапевтической поддержки получают новый опыт, где психолог — помогающая и поддерживающая фигура.

Выездной лагерь психолого-социальной реабилитации «Мираклион» является базовой площадкой знакомства с разными формами и уровнями психологической помощи. Сформировав доверительные отношения между подопечной семьей и командой специалистов, реабилитация продолжается в форматах различных мероприятий таких как: фото-марафон, игры победителей региональный и федеральный этапы, клубы психологической поддержки для родителей и подростков, мастер-классы для младших школьников и дошкольников, чудо-ёлки, социально-культурные мероприятия, а также индивидуальные консультации по запросу.

Психолого-социальная реабилитация для подопечных Благотворительного центра «Верю в чудо» длится с момента постановки диагноза и до достижения стабильной ремиссии на протяжении 5-ти лет. Включает в себя индивидуальный и семейный уровни на этапах основного лечения, амбулаторного лечения, ремиссии и рецидива заболевания (при случае), 7 ступеней программы выездного лагеря «Мираклион».

Такой формат психолого-социальной реабилитации позволяет адаптировать семейную систему к заболеванию ребенка и повысить уровень качества жизни для всех ее членов в условиях новых реалий, которые вносит болезнь.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ КОГНИТИВНОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

СТАРУХИНА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, магистрант
ПРОКОФЬЕВ АНДРЕЙ ОЛЕГОВИЧ, ФГБОУ ВО МГППУ, старший научный сотрудник
БУРДУКОВА ЮЛИЯ АНДРЕЕВНА, ФГБОУ ВО МГППУ, доцент
АЛЕКСЕЕВА ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА, ФБГУН ПИ РАО, научный сотрудник
г. Москва

Повышение выживаемости детей с онкологическими заболеваниями в последнее время привело к накоплению популяции детей-инвалидов с органическими и функциональными нарушениями здоровья, депривацией и десоциализацией, что привело к необходимости разработки технологий нейрокогнитивной, физической и психолого-социальной реабилитации выздоровевших больных (Мень с соавт., 2014). Это ставит вопрос о разработке эффективных мер и программ абилитации и реабилитации таких детей. В последнее время разрабатывается огромное количество компьютерных тренинговых программ, направленных на восстановление когнитивного потенциала. Одним из переломных моментов в данной области исследований стала публикация статьи Сюзанны Джегги «Улучшение флюидного интеллекта путем тренировки рабочей памяти» (Jaeggi et al, 2008). Исследователи, опираясь на полученные ранее эмпирические данные о сильной взаимосвязи флюидного интеллекта и рабочей памяти, провели серию обучающих экспериментов, в ходе которых испытуемым предлагалось выполнять задачи на рабочую память,

а именно – модификации задачи «Шаг назад» (N-back). Участнику эксперимента предъявляли один за другим различные стимулы и просили определить, встречался ли данный стимул N позиций назад. Число N определялось индивидуально в зависимости от производительности и успешности участника в предыдущих сериях. По мере улучшения производительности число N увеличивалось на один; как только эффективность выполнения падала, число N, соответственно, уменьшалось на один. Все участники были разделены на четыре группы, каждая группа проходила каждодневную тренировку в течение различного периода времени (от 8 дней до 19 дней). Улучшение показателей рабочей памяти произошло во всех группах. Разработанный нами компьютерный когнитивный тренинг базируется на основе метода «N-back» задач. Суть метода заключается в непрерывном запоминании последовательности символов – зрительных (в нашем случае это буквы русского алфавита). Испытуемый должен дать ответ, если текущий стимул совпадает с элементом, представленным N-интервалом назад. Число N регулирует сложность задачи. Самый простой уровень сложности N-1 означает, что от пользователя ожидается положительный отклик при совпадении текущего элемента с предыдущим. При сложности N-2 ожидается отклик при совпадении текущего стимула с тем, что был два интервала назад.

Тренинг рассчитан на 20-25 минут в день. В структуру сессии входят задачи, разбитые на периоды по 3 минуты, по которым будет делаться вывод об успеваемости ребенка и принятии решения повышать/понижать уровень сложности. По времени буквенный стимул равен 500 мс.,

промежуток 2500 мс. Первая сессия содержит буквенный набор, с предоставлением стимула (рандомность предоставления). Испытуемому необходимо нажать на кнопку ENTER в случае соответствия (N=1). После трехминутного выполнения задач, делается небольшой перерыв (30 сек., или может увеличиваться при нажатии кнопки P), в случае успешного выполнения поставленной задачи, уровень повышается.

Нами были проведены пробные тренировочные сессии на типично развивающихся детях и одном ребенке, имеющем в анамнезе онкологическое заболевание. Оказалось, что для детей младше 10 лет задание является трудным, они не быстро реагируют на целевые стимулы. Следует отметить, что ребенок с онкологическим заболеванием не мог удержать инструкцию тренинга и ему требовались постоянные перерывы для отдыха. В результате пробных сессий было принято решение нами изменить параметры в сторону увеличения времени предъявления стимула и ожидания ответа. Нам представляется, что при выработке адекватных параметров тренинг может внести вклад в восстановление когнитивного потенциала детей с онкологическими заболеваниями.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (№ 18-013-01179).

Список используемых источников

1. Мень Т.Х., Поляков В.Г., Алиев М.Д. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России. Онкопедиатрия. – 2014. – № 1, с. 7-12

2. Jaeggi S.M., Buschkuhl M., Jonides J., Perrig W.J. Improving fluid intelligence with training on working memory. // Proceedings of the National Academy of Sciences, 2008 Vol. 105, № 19, pp. 6829-6833.

ВОЗМОЖНОСТИ КОПИНГ-ПРОФИЛАКТИКИ В ДИСТАНЦИОННОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

СТРУТЫНСКИЙ АРТЁМ ДМИТРИЕВИЧ, студент 2 курса ФКП МГМСУ им.

А. И. Евдокимова

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ:

ЯЛТОНСКИЙ ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, профессор, д.м.н.,

ОГАРЁВ ВАЛЕРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, старший преподаватель кафедры

клинической психологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава

России, к. псих. н.

Совладание занимает особое место в жизни онкологического больного, постоянно находящегося под действием стресса. Совладание со стрессом — это способ сознательного, подконтрольного индивиду изменения себя и окружающего мира. Результатом успешного совладания становятся разрушение стрессовой связи со средой и успешное редуцирование эмоционального напряжения.

Совладеет каждый человек. Однако люди делают это по-разному, основываясь на своём опыте. Иногда результатом успешного совладания индивида с сильным дистрессом, каким является хроническое заболевание, становится освоение новых для него копинг-стратегий, расширяющих репертуар совладания и повышающих адаптивный потенциал человека.

Но можно ли утверждать, что расширению репертуара совладания индивида всегда непосредственно предшествует сильный стресс? Мы полагаем, что этот процесс возможно

реализовать и в условиях нормального функционирования при помощи профилактических мер.

В отечественной психологии Н. Сирота и В. Ялтонским ранее разрабатывалась модель копинг-профилактики в отношении больных с зависимостями (Сирота, Ялтонский, 1993; Сирота, 1994; Ялтонский, 1995). Ими данная практическая область психологии описывается как «направленное, опережающее развитие стратегий и ресурсов преодоления жизненных стрессов <...> и обучение его (индивида – прим. А. С.) навыкам совладающего поведения» (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2008, с. 43).

Основываясь на представленном выше определении, можно судить о том, что принципы копинг-профилактики могут быть вынесены за рамки одной лишь психологии зависимостей и применены в клинической психологии в целом.

Почему мы считаем, что копинг-профилактика будет эффективна в отношении онкологических больных?

1. Отмечается необходимость принятия профилактических мер в отношении онкологических заболеваний (Чазова А.А., 1998, с. 63);
2. Онкологические больные чаще характеризуются экстернальным локусом контроля, с чем связано проявление дезадаптивных форм поведения (там же, с. 227-229). Формирование у пациента активного стиля совладания способствует «интернализации» локуса контроля;
3. Копинг-профилактика будет реализовать такую копинг-стратегию, как поиск социальной поддержки. Отмечается уникальное значение этой стратегии

в жизни онкологического больного (Kreitler S., 2019; Караваева Т.А., 2017).

В условиях пандемии многие из тех техник психологической работы, которые были доступны онкопсихологу, отчасти утратили свою актуальность. Между тем, значение дистанционной психологической помощи в контексте развития технологий связи неуклонно растёт. Нам стало интересно, как можно адаптировать модель копинг-профилактики для дистанционного сопровождения онкологического больного.

Копинг-профилактика, согласно авторам модели (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2008), состоит из трёх компонентов, которые будут рассмотрены ниже в контексте онкопсихологии.

Первичная копинг-профилактика, или копинг-превенция, направлена на формирование активного адаптивного стиля копинг-поведения, предвосхищающего возникновение заболевания и сопутствующих стрессов. Её контингент – всё общество. За счёт неё человек способен накопить ресурсы, которые поспособствуют повышению качества его жизни, снижению риска возникновения патологии. На практике это может выражаться в проведении онлайн-семинаров, целью которых станет:

1. Просвещение относительно онкологического заболевания (симптомы, виды заболеваний, способы помощи больному);
2. Выявление групп риска заболевания и формирование ЗОЖ, снижающего вероятность попадания в данные группы;

3. Формирование понимания онкологического заболевания и психологического отношения к нему (чувства и эмоции пациента, его реакции, состояние семьи больного и т.д.).

Вторичная копинг профилактика может быть направлена на группы риска развития онкологических заболеваний и лица на начальной стадии болезни. Необходимо массово и специфически воздействовать на индивидов, давая им возможность овладеть новыми стратегиями совладания с надвигающейся угрозой. Возможны такие варианты реализации:

1. Онлайн-семинары, имеющие целью формирование понимания риска возникновения заболевания и представления о необходимости выхода из группы риска, онлайн-тренинги, дающие людям конкретные инструменты для выхода из них;
2. Дистанционная психологическая и медицинская поддержка тех, кто готов работать в направлении выхода из группы риска;
3. Дистанционное психологическое и медицинское консультирование людей, которые подозревают у себя данное заболевание или у которых оно было недавно найдено, направленное на формирование понимания своего заболевания и активного стиля совладания с ним.

Наконец, третичная копинг-профилактика состоит в обучении совладающему с уже развившимся заболеванием поведению. Это самая узкая и специальная форма психологического воздействия, которая формирует мотивацию

пациента и возможность для индивида активно участвовать в процессе лечения. Это могут быть:

1. Дистанционное психологическое и медицинское консультирование, направленное на контроль за совладающим поведением индивида (выделение «неподходящих» и поиск новых копинг-стратегий);
2. Организация дистанционных групп, в которых пациенты с похожими заболеваниями будут делиться между собой опытом и результатами совладания с болезнью.

Подводя итог, хотелось бы выразить надежду на то, что значение и качество потенциального дистанционного психологического сопровождения каждого человека будет только расти, так как оно обладает крайне высоким потенциалом развития и эффективности.

Литература:

1. Беляев А. М. Онкопсихология для врачей онкологов и медицинских психологов: Руководство/А. М. Беляев и коллектив авторов // Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. – 350 с.
2. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореферат диссертации доктора медицинских наук. – С-Пб, 1994.
3. Чазова А. А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: Диссертация доктора психологических наук. – Бишкек, 1998.
4. Ялтонский В. М. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы/В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Совладающее поведение: Современное

- состояние и перспективы/Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – с. 21-54.
5. Kreitler S. Coping with Cancer // Psycho-Oncology for the Clinician = The Patient Behind the Disease/S. Kreitler. – Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2019. – с. 147-168.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТРЕССА У МАТЕРЕЙ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В РЕМИССИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

СУХАНОВСКАЯ Е. Н., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ

ТКАЧЕНКО Г. А., ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации»

ГРУШИНА Т. И., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» МЗ РФ,

г. Москва

Введение. Родители являются наиболее важными эмоциональными ресурсами для ребенка во время лечения онкологического заболевания. На качество жизни детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в периоде ремиссии влияют не только осложнения и последствия противоопухолевого лечения, но и психологические расстройства родителей. В литературе имеется относительно мало сообщений о функционировании родителей детей разного возраста, перенесших лечение ОЛЛ, причем зачастую с противоречивыми результатами. Так, систематический обзор 34 рандомизированных контролируемых исследований с включением 1045 родителей детей разного возраста показал, что у них высокий уровень психологического дистресса сохраняется в течение длительного времени после прекращения лечения ОЛЛ [1]. По данным [2] основным проявлением психологических расстройств у 60 родителей детей с ОЛЛ в ремиссии была депрессия, которая оказалась выраженной у 56,7%. Противоположные данные были получены [3],

которые изучали выраженность эмоционального дистресса у 127 родителей детей разного возраста, переживших ОЛЛ. Клинически значимые уровни тревоги и депрессии были зарегистрированы у 7,1% и 3,1% родителей, соответственно, и только у 3,9% родителей были симптомы значительного посттравматического стресса. Проведенный аналитический обзор литературы показал, что есть расхождения в оценке проявлений психологического дистресса у родителей детей с ОЛЛ в периоде ремиссии, различия в шкалах, опросниках измерения, что затрудняет сравнение получаемых показателей. Исследований психического состояния матерей подростков с ОЛЛ в периоде ремиссии в литературе не обнаружено.

Цель исследования: изучить особенности дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии.

Материал и методы. В исследование была включена 21 женщина в возрасте от 30 до 45 лет. Возраст их детей на момент исследования от 12 до 17 лет. Длительность клинико-гематологической ремиссии ОЛЛ – от 1 до 2 лет. Дети находились под диспансерным наблюдением, проживая в 61,9% случаев в семье с обоими родителями и в 38,1% случаев – с одинокой матерью. Бремя ухода за детьми лежало только на матерях, у которых не было медицинского образования. У всех матерей было получено добровольное согласие на участие в обследовании. Изучение проявлений текущего психического состояния матерей проводилось с помощью Опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL – 90 – R), адаптированного в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса

Института Психологии РАН. Математико-статистическая обработка полученных данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0».

Результаты. Текущее психическое состояние матерей из 9 основных субшкал опросника (соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльность, психотизм) существенно и статистически значимо ($p < 0,05$) отличалось от нормативных показателей только по шкале «соматизация» ($1,52 \pm 0,10$ против $0,69 \pm 0,65$, соответственно). Шкала «соматизация» отражает дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции: жалобы со стороны сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, респираторной систем. Кроме того, компонентами расстройства являются также головные боли, боли и дискомфорт опорно-двигательного аппарата и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. В процессе беседы большинство матерей отмечали, что их наиболее часто беспокоили головные боли, повышение артериального давления, боли в области сердца. Повышение значений по шкалам «межличностная сензитивность» ($1,04 \pm 0,26$ против $0,83 \pm 0,63$), «тревожность» ($1,28 \pm 0,21$ против $0,62 \pm 0,62$) и «депрессивность» ($1,46 \pm 0,16$ против $0,68 \pm 0,59$), по сравнению с нормативными данными, также было получено, однако различия статистически незначимы ($p > 0,05$). Анализ совокупных проявлений психопатологической симптоматики у матерей, определяемый как «общий индекс тяжести дистресса», существенно и статистически значимо ($p < 0,05$) превышал таковой при нормативных показателях: $1,82 \pm 0,32$ против $0,64 \pm 0,50$, соответственно.

Выводы. У матерей подростков в клиничко-гематологической ремиссии острого лимфобластного лейкоза выявлялся психологический дистресс, из совокупных проявлений которого наиболее существенно и статистически значимо от нормативных показателей отличались соматические проявления. Неудовлетворительное физическое здоровье затрудняло способность матери эффективно удовлетворять потребности выздоровевшего ребенка-подростка и других членов семьи. Получение таких данных делает необходимым и обоснованным проведение матерям подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии обязательной не только психологической, но и терапевтической коррекции.

Литература

1. Bougea A, Darviri C, Alexopoulos EC. A systematic review of randomized controlled interventions for parents» distress in pediatric leukemia. *ISRN Oncol.* 2011; 2011:959247. doi: 10.5402/2011/959247.
2. Iqbal A, Siddiqui KS. Depression among parents of children with acute lymphoblastic leukemia *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2002; 14 (2): 6-9.
3. Malpert AV, Kimberg C, Luxton J, Mullins LL, Pui CH, Hudson MM, Krull KR, Brinkman TM. Emotional distress in parents of long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Psychooncology.* 2015; 24 (9):1116-23. doi: 10.1002/pon. 3732.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФАТЕЕВА АЛЕНА ОЛЕГОВНА, психолог

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

КОВАЛИС СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ, заведующий онкологическим отделением

СЗОНКЦ им. Л. Г. Соколова

г. Санкт-Петербург

Женственность — это особая женская энергия, которая свойственна девушкам как хранительницам очага.

Грудь — это природное выражение женственности, символ материнства.

Диагноз рак молочной железы, наиболее часто встречающееся онкологическое заболевание у женщин в мире. Сталкиваясь с диагнозом рак груди, женщина чувствует депрессивность, тревожность, напряженность, подавленность, страх и неуверенность, что же делать дальше.

Женщина перестаёт чувствовать себя собой, столкнувшись с болезнью, в этот период ей нужно найти опору в себе, возлюбленном или близких. Диагноз очень сильно меняет взгляд на действительность; в попытках спасти свою жизнь, женщина начинает иначе относиться к близким и к миру. Страх разрыва семейных отношений, испытываемый на этапе постановки диагноза и поступлении в клинику, в отдаленном периоде сменяется уверенностью в любимых людях.

Знакомясь с теми, кто прошел через всю болезнь и выздоровел, проще поверить в успех.

Женщинам, столкнувшимся с раком молочной железы, характерно невротическое состояние, которое проявляется

в виде беспокойства, нарушения сна, эмоциональной лабильности, быстрой истощаемости. Больше половины пациенток отказываются от профессиональной деятельности, предпочитая оставаться дома. Факторами риска психологических расстройств являются молодой возраст, низкий социально-экономический статус, ограничение дееспособности в результате болезни, курение и недостаточная поддержка со стороны родственников и близких. Женщинам становится психологически тяжело выстраивать профессиональные, социальные и интимные отношения после диагноза и лечения. Они подвержены депрессии, нейро-когнитивным расстройствам (нарушение памяти, скорости реакции), повышается риск тревожности и вероятности суицида. Доступность информации о возможных психических расстройствах после излечения рака молочной железы и способах борьбы с ними помогает пациентам лучше справляться со своей болезнью, быть более осведомленным о распространенных симптомах и побороть социальную изоляцию, связанную с расстройством психики. Психосоциальная поддержка (телефоны горячей линии), помощь в облегчении некомфортных симптомов и наблюдение за такими пациентами достоверно помогает снизить напряжение и психологический дискомфорт. Важно чтобы семья, друзья и доктора поддерживали пациентов. Необходимо иметь план лечения, который включает в себя хирургическое вмешательство, химеотерапию, качественное и эффективное обезболивание и своевременную реабилитацию.

Современная мастэктомия, это далеко не та тяжелая и калечащая операция, которая выполнялась в прошлом. Очень часто есть возможность провести пластику груди одновременно с операцией мастэктомии. Получив удовлетворительный

косметический результат у 75% пациенток после мастэктомии, возникает ощущение неполноценности, более 90% пациенток испытывают проблемы в половой жизни, у 55% возникают проблемы в личностно-семейных отношениях. Современный подход к лечению онкологических заболеваний включает в себя не только увеличение продолжительности жизни, но и улучшение качества жизни пациента. Одним из самых эффективных методов реабилитации после мастэктомии считается реконструкция молочной железы, целью реконструктивной операции является восстановление контуров и объемов молочной железы, достижение симметрии по отношению ко второй, не подверженной вмешательству груди. При этом реконструктивный этап совершенно не снижает эффективность радикального хирургического лечения, также он не отражается на дальнейшем адъювантном лечении. Проведение реконструктивных операций не влияет на частоту рецидивов, продолжительность выживаемости и эффективности общего противоракового лечения.

Онкологическое заболевание приводит к переоценке жизненных ценностей, изменениям мироощущения, духовному росту личности. На этапе постановки диагноза и после него женщины придают невысокое значение ценностям индивидуальной самореализации: «свобода», «творчество», «познание», ставя их на последнее место в иерархии ценностей. На первом месте оказываются такие ценности как «здоровье», «уверенность в себе». В большей степени происходят изменения тех ценностей, которые в доболезненный период были весьма значимыми.

«Человек, который болен раком, вынужден бороться. Иногда он опускает руки, плачет и устаёт он живой человек и ему

тяжело. Ему нужна колоссальная поддержка, ему важно чтобы люди вокруг понимали его состояние и уважали его. Поэтому стоит задуматься над своими словами и комментариями и вместо слов-пустышек о том, что «ты точно победишь, я даже не сомневаюсь» сказать что-то честное «я рядом, я думаю о тебе, если нужна моя помощь я помогу. Это будет лучшим доказательством причастности, понимания чужой трудной ситуации.»

Из письма пациентки онкологической клиники.

Список используемой литературы:

1. Ана Мелия «Стучитесь, открыто. Как я боролась с раком, потеряла надежду и нашла себя», 2017 г.
2. Беляев А. М. «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов», 2017 г.
3. Ивашкина М. Г. Возможности психологической коррекции онкологических больных в рамках интегративной креативно-структурной психотерапии (ИКС-подход). Материалы тезисов съезда 2009 г. ассоциации онкопсихологов ВИ
4. Материалы «Bloom» – Бюллетеня Международной программы «Навстречу к выздоровлению» Женева, Швейцария XI. 2006 г.
5. Януц Н. П. Особенности психотерапевтической работы с женщинами после мастэктомии Материалы тезисов съезда 2009 г. ассоциации онкопсихологов
7. Мопедотегу С. Психоонкология: достижение зрелости?

К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ МОНИТОРИНГА УРОВНЯ СТРЕССА И ВЫГОРАНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ОНКОЛОГИИ В ХОДЕ ПАНДЕМИИ COVID19

ХАСИНА А. В., психолог, эксперт по медицинской коммуникации и стрессу, директор «МАС-менеджмент»

Во время пандемии COVID19 медработникам пришлось столкнуться с беспрецедентным уровнем стресса и выгорания.

В ходе исследования среди 1257 медицинских работников в Китае были зарегистрированы высокие показатели бессонницы (34%), тревожных расстройств (45%), депрессии (50%). На постоянное нервное напряжение жаловались 71% медиков [1].

В аналогичном российском исследовании показатели психологического неблагополучия медиков еще выше: профессиональное выгорание – 60%, высокий уровень тревоги – 100%, суицидальные мысли или намерения – 10% [2].

Крайне высокий уровень стресса и высокий риск психологической травматизации – развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) связаны в первую очередь с неопределенностью и непредсказуемостью, а также необходимостью быстро принимать этически сложные решения. Кроме того, актуальными остаются высокий риск инфицирования, необходимость работать в тайвеках, страх за близких.

Риск развития ПТСР возрастает, когда «сходятся» четыре группы факторов [3]:

1. социо-демографические: возраст 25-38 лет, статус «в браке», наличие дома детей до 15 лет;

2. профессиональные: длительный контакт с пострадавшими (например, у работников реанимаций и медицинских сестер); постоянный контакт с пациентами в аффективном состоянии (например, при поступлении в приемное отделение); нехватка опыта и дополнительного обучения;
3. организационные: ненормированный график, быстрая смена условий работы; специфические защитные меры (СИЗ) и их нехватка;
4. психологические: высокий уровень самокритики, самоотчуждение от коллег и близких, отсутствие чувства юмора, история психиатрических или хронических заболеваний [4].

Многочисленные исследования отмечают высокий риск стресса и эмоционального выгорания у медработников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями [5,6]. Длительный психологический стресс – фактор развития физических, эмоциональных, поведенческих расстройств, снижения трудоспособности. Запредельный стресс влияет на личную и профессиональную жизнь медработника:

- меняется скорость реагирования: от заторможенности до чрезвычайной реактивности;
- снижается внимание, способность концентрироваться, ухудшается память;
- ухудшается способность к логическому мышлению: страдает анализ причин и последствий, нарушается процесс принятия решений, в том числе медики проявляют неоправданный риск в решениях;

- развивается широкий спектр соматических и психологических состояний и болезней: нарушения в работе сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной, выделительной, эндокринной систем;
- медики совершают в 6,2 раза больше профессиональных ошибок [7].

Таким образом, представляется критически важным осуществлять своевременный мониторинг уровня стресса и выгорания медработников, работающих в сфере онкологии, с целью предотвращения возможных последствий как для самого медработника, так и для пациентов.

Литература:

1. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3 (3).
2. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю. и др. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 – Консультативная психология и психотерапия – 2020. Том. 28, № 2
3. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2020.
4. Brooks S.K., Dunn R., Amlot R., et al. Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychol*. 2016

5. Soltan MR et al. Burnout and work stress among medical oncologists: Egyptian multi-centric study. Middle East Current Psychiatry (2020) 27:40.
6. Fay J. Hlubocky et al. Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians Are At Risk, What Individuals Can Do, and How Organizations Can Respond. American Society of Clinical Oncology Educational Book, Volume 36.
7. Pereira-Lima A. et al. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. 2019;2 (11)

СОТРУДНИЧЕСТВО ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА В ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ. БАРЬЕРЫ И РЕШЕНИЯ

ЩЕДРИНСКАЯ ОЛЬГА МАРКОВНА, психолог, мл. научный сотрудник
СНАРСКАЯ ЕЛЕНА ЮРЬЕВНА, психолог, мл. научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП
им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Актуальность:

Стигма влияет на отношение к заболеваниям ментальной сферы и врачам-психиатрам и зачастую затрагивает как обывателей, так и психологов [4, 8]. Это выражается в том, что многие психологи избегают прямого контакта и активного сотрудничества с врачами-психиатрами. При этом известно, что для оказания качественной помощи без сотрудничества и слаженной работы не обойтись, и в интересах клиентов психологу важно уметь преодолевать барьеры и находить общий язык с врачом-психиатром [2, 9,10, 12].

Цель: исследовать основные барьеры и описать возможные пути для улучшения контакта и взаимопонимания между специалистами с разным базовым образованием.

Методы и результаты исследования:

Был проведен анонимный опрос, в котором приняли участие 142 психолога и 70 врачей-психиатров ($\Sigma = 212$). 77.7% опрошенных заявили, что взаимодействие между психологом и психиатром полезно при лечении взрослых с заболеваниями ментальной сферы, и 91.3% подчеркнули значение

такого сотрудничества в случае, если болен ребенок. 61.6% участников опроса сообщили, что имеют опыт сотрудничества со специалистом с иным базовым образованием, и 44.7% описали этот опыт как успешный и плодотворный. При этом 49.5% респондентов считают, что врачи-психиатры часто недооценивают пользу и возможности консультирования и психотерапии. 28.9% опрошенных психологов оценили свой уровень доверия врачам как низкий или средний. При этом 25.4% опрошенных врачей-психиатров сообщили, что не в полной мере понимают методы и приемы, которые используют психологи, и выделили также средний или низкий уровень доверия к эффективности этих методов.

С точки зрения основных барьеров, которые могут мешать сотрудничеству между специалистами, в первую очередь было названо отсутствие возможностей на организационном уровне (сотрудничество не предусмотрено на уровне структуры и способа функционирования организации) – так считает 20% опрошенных врачей-психиатров и 45% опрошенных психологов. Для 28.5% психиатров и для 15.4% психологов барьером является нечеткое понимание границ профессиональной ответственности. В то же время, 39.6% опрошенных верят в то, что эффективное сотрудничество между психологом и психиатром улучшает уровень комплаенса и общие результаты лечения.

Обсуждение результатов и предложенные решения:

Что может сделать психолог для преодоления сложившихся барьеров?

Нам кажется, что для начала можно опираться на следующие идеи и принципы:

1. Определить для себя как ценность возможность сотрудничества и видеть в этом смысл и пользу [7, 13].
2. Учить «чужой» язык и осваивать на минимальном уровне терминологию врача-психиатра [1, 3, 5].
3. Исследовать эффекты стигмы, собственные страхи и негативные установки, и при необходимости заменять их на более нейтральное отношение к теме ментального нездоровья [10, 12].

Для того, чтобы эффективно сопровождать клиентов (и их семьи) на пути преодоления комплексных состояний (таких, как расстройство настроения, пищевые расстройства, тревожные расстройства и т. п), для психолога важно четко определить свою «нишу», или спектр задач, которые будут особенно важны.

В целом, можно выделить следующие возможные задачи для психолога на разных этапах взаимодействия с клиентом (или его семьей) [1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13]:

1. Выявление признаков болезни или расстройства ментальной сферы;
2. Мотивация клиента и его семьи на контакт с врачом;
3. Снижение стигмы и страха при обращении к врачу-психиатру;
4. Подготовка к встрече с врачом (к примеру – подготовка списка вопросов);
5. Сопровождение медикаментозного лечения и улучшение комплаенса;
6. Оптимизация взаимодействия между всеми заинтересованными сторонами, включая клиента, членов его семьи, врача и других значимых специалистов;

7. Обучение навыкам жизни с хроническим или тяжелым заболеванием ментальной сферы;
8. Выявление опасных состояний, в т.ч. ситуаций с суицидальным риском;
9. Сопровождение госпитализации (до, во время, после).

Заключение:

Для оптимизации взаимодействия психолога и врача необходимо учитывать влияние стигмы, а также понимать основные барьеры в виде отсутствия возможностей на организационном уровне, предвзятое отношение друг к другу специалистов с базовым образованием и нечеткое понимание границ ответственности и оптимальной «ниши» для каждого специалиста. Были предложены возможные задачи, которые может решать психолог, сопровождая клиента с заболеванием ментальной и соматической сферы.

Литература:

1. Балакина О.Н. Организационные аспекты работы психолога в системе оказания психиатрической помощи // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — №2. — С. 5-11; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=845> (дата обращения: 16.10.2020).
2. Бебчук М.А. Психо-социальные аспекты организации медицинской помощи детям-инвалидам с расстройствами в психической сфере // Медицинский альманах. 2016. №5 (45). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psiho-sotsialnye-aspekty-organizatsii-meditsinskoy-pomoschi-detyam-invalidam-s-rasstroystvami-v-psihicheskoy-sfere> (дата обращения: 17.10.2020).

3. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кулыгина М.А. Майя. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-psihologiya-v-psihiatrii-metodologicheskie-i-klinicheskie-aspekty> (дата обращения: 16.10.2020).
4. Бовина И.Б., Якушенко А.В. Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigmatizatsiya-psihicheski-bolnyh-lyudey-i-borba-s-ney-sotsialno-psihologicheskoe-izmerenie-problemy> (дата обращения: 17.10.2020).
5. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Достижения и проблемы современной психиатрической реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostizheniya-i-problemy-sovremennoy-psihiatricheskoj-reabilitatsii> (дата обращения: 16.10.2020).
6. Корнетов Н.А., Агарков А.П. И. Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М. 2004. 492 с // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/i-ya-gurovich-a-b-shmukler-ya-a-storozhakova-psihosotsialnaya-terapiya-i-psihosotsialnaya-reabilitatsiya-v-psihiatrii-m-id-medpraktika-m-1> (дата обращения: 16.10.2020).
7. Кунце Г. Комплаенс в терапии: от паттерналистически ориентированных пациентов к экспертам собственной индивидуальной болезни и терапии // СПЖ. 2001. № 14-15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplajens-v-terapii-ot-patternalisticheski-orientirovannyh-patsientov-k-ekspertam>

- sobstvennoy-individualnoy-bolezni-i-terapii (дата обращения: 17.10.2020).
8. Литвиненко О.А. Влияние социокультурных изменений в обществе на стигматизацию психических болезней // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2012. №153-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sotsiokulturnyh-izmeneniy-v-obschestve-na-stigmatizatsiyu-psihicheskikh-bolezney> (дата обращения: 17.10.2020).
 9. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – ее проявления и последствия. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017; (3):41-45. URL: <https://psychiatr.ru/magazine/obozr/87/1159> (дата обращения: 16.10.2020)
 10. Скорик А.И., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аксенова И.О., Аристова Т.А., Пенчул Н.А., Бутома Б.Г. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiatricheskaya-mifologiya-i-problema-sotrudnichestva> (дата обращения: 17.10.2020).
 11. Смекалкина Л.В., Мельников А.И., Кошелев В.В., Соболев В.А. Преимущества новой модели организации лечебно-реабилитационного процесса в условиях центра пограничной психиатрии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preimuschestva-novoy-modeli-organizatsii-lechebno-reabilitatsionnogo-protsesssa-v-usloviyah-tsentra-pogranichnoy-psihiatrii> (дата обращения: 16.10.2020).
 12. Ржевская Н.К., Руженков В.А. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией

- // Актуальные проблемы медицины. 2012. № 10 (129). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigma-i-problemy-organizatsii-meditsinskoj-pomoschi-litsam-s-psihicheskimi-rasstroystvami-sochetayuschimisya-s-somaticheskoy> (дата обращения: 16.10.2020).
13. Шюлер П. О кооперации психиатров и психологов в Германии // СПЖ. 2001. № 14–15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-kooperatsii-psihiatrov-i-psihologov-v-germanii> (дата обращения: 17.10.2020).

ДИСТАНЦИОННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

ЩЕРБАКОВ АЛЕКСЕЙ ПАВЛОВИЧ, тьютор Флагманской площадки проекта «УчимЗнаем», старший преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии МГППУ, Москва

В случае, когда в виду специфики заболевания физический доступ к ребенку ограничен или невозможен вовсе, необходимо разрабатывать новые методы поддержки, которые в свою очередь не предполагают непосредственного присутствия специалиста в палате или ином месте, где на данный момент находится ребенок. Сам факт ограничения контактов уже является стрессором, который нуждается в должной проработке. Уже в случае вынужденной изоляции необходимо искать способы психологической, эмоциональной поддержки ребенка. Если же мы имеем дело с тяжелым заболеванием и сопутствующим ему лечением в больнице, то такого рода поддержка становится жизненно необходимой составляющей процесса лечения в целом. Думаю не надо доказывать важность стабилизации эмоционально состояния при процессе выздоровления.

Таким образом разработка всевозможных методов поддержки ребенка в условиях длительной госпитализации представляется крайне актуальной.

Применение различных методик имеющих терапевтический эффект кажется верным направлением в данной ситуации. Однако специалисту необходимо понимать, что ситуация дистанционного общения, вне возможности

непосредственного контакта с клиентом, довольно сильно меняет привычный процесс терапии. В случае дистанционно организованной терапевтической сессии, терапевтические «усилия» специалиста переносятся в косвенный ряд: искусственная дистанция, а именно онлайн сессия, прежде всего ограничена рамкой экрана, характер восприятия такого рода контакта в корне иной, нежели контакт, который мы можем наладить при непосредственном физическом присутствии. Каковы основные значимые различия:

1. Присутствие специалиста воспринимается условно – так как весь наш сенсорный опыт противоречит такому общению. Да, за последние десятилетия мы проводим больше времени у экранов всевозможных гаджетов, но все же мы четко разделяем два вида присутствия: онлайн коммуникация и коммуникация в реальном присутствии (или как её сейчас вульгарно называют – офлайн общение). То, что воспринимает наш мозг в качестве партнера для диалога – это отцифрованное изображение реального человека. Прежде всего важно чувствовать эту разницу. Важно указывать на нее. Специалист должен понимать, что его присутствие виртуально, то есть частично.
2. Рамка гаджета задает контекст такого общения – есть некий портал размер которого как правило не больше монитора компьютера, а чаще это экран смартфона. Этот портал по идее насыщен некоторым организованным контентом – это может быть урок, терапевтическая сессия или занятие по йоге – в данном случае не важно. Но есть и окружающее нас реальное пространство – в случае, о котором мы говорим – это

- больничная палата. Это пространство для ребенка насыщено определенными смыслами и переживаниями. Ситуация, в которой находится ребенок, принадлежит этому пространству, все сенсорные стимулы, которые он испытывает связаны именно с этим пространством.
3. Специалист также не находится в пространстве ребенка и воспринимает это пространство условно, не чувствует его сенсорно. Это тоже важное ограничение, которое накладывает на специалиста определенные обязательства – он должен чувствовать пространство ребенка максимально точно, работать как бы из пространства ребенка.
 4. С семиотической точки зрения такого рода контакт требует «особого языка». Языка, который мы используем при непосредственном общении недостаточно. Необходимо выстраивать дополнительные способы коммуникации – прежде всего это действия и задачи, которые может использовать специалист для более полного вовлечения ребенка в процесс коммуникации, которая в свою очередь должна быть максимально невербальной.
 5. В дополнение к «особому языку», необходимо добавить «особую эмоциональность» или «особую подачу», то есть форму общения. Специалисту необходимо быть несколько более эмоциональным, отчасти даже гротескным при общении с ребенком – речь не идет о каких-то немислимых фарсовых формах (хотя и они действенны при наличии должного навыка), речь о специфической форме контакта, при которой требуется постоянно включать восприятие ребенка, вовлекать

его, воздействовать на него эмоционально, в противном случае терапевтический или поддерживающий эффект будет минимальным, если вообще возникнет.

Разумеется важно учитывать эту специфику и в рамках дистанционных фототерапевтических сессий. Каким же образом стандартные формы работы трансформируются при дистанционном подходе? Покажу это на примере занятия «Мое Пространство». Данное занятие предполагает работу по актуализации пространства, в котором на данный момент находится ребенок. Сама тема занятия не специфична – она присутствует и в обычном, не дистанционном терапевтическом процессе. Однако в случае изоляции – тема «Пространства» имеет совсем другое значение. Пространство палаты становится «Микро-миром», в котором ребенок не только учится или лечится, но и живет. В данном случае это всё пространство, которым ребенок располагает. Таким образом цель занятия актуализировать пространство именно с этой точки зрения – важно включить ребенка в процесс наполнения пространства ресурсным для него содержанием, то есть таким содержанием, которое позволит ребенку повышать его психологическую устойчивость и эмоционально его поддерживать. Так же в случае изоляции надо понимать, что больший процент коммуникации происходит дистанционно, посредством гаджетов – и в этом случае ориентация ребенка на реальное пространство позволяет работать с его сенсорным опытом и формировать базу для трансформации или предупреждения последствий возможного негативного влияния от длительного пребывания в стационаре. Актуализировать и наполнять положительным содержанием пространство необходимо в несколько этапов:

- Первичная актуализация пространства — эта часть занятия довольно проста — важно лишь обратить взгляд ребенка на пространство и его нюансы. Зафиксировать их с помощью фотоаппарата и понять отношение ребенка к пространству в целом и его отдельным частям. В этой части занятия важно обратить внимание ребенка на как можно большее количество различных нюансов и найти как отрицательные и нейтральные, так и положительные аспекты этого пространства.
- «Расширение пространства». Эта часть занятия предполагает наполнение пространства с точки зрения возможных активностей. Для этого важно выяснить, какие активности могут являться ресурсными по отношению к ребенку. Важно понимать ограничения в передвижении, если они есть у ребенка. Важно учитывать специфику заболевания и предлагать активность в соответствии с возможностями ребенка. Однако важно задействовать как можно более полно все пространство и включить в это пространство как можно более полный список поддерживающих активностей. Например это могут быть различные игры, чтение, отработка каких-либо навыков, занятие тем или иным видом творчества, звонки родителям, просмотр фильмов, занятие зарядкой (возможно лишь одно упражнение), медитация и тп. Таким образом «размеченное» пространство будет более упорядоченным и контролируемым и будет восприниматься ребенком как собственное.

СЛУЖБА ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ «ЯСНОЕ УТРО»

Служба «Ясное утро» решает комплекс задач, связанных с поддержкой и адаптацией людей с онкологическим заболеванием, формированием ответственного отношения к своему здоровью у населения, профилактикой профессионального выгорания врачей, обучением психологов специфике работы с онкологическими больными.

Горячая линия психологической помощи онкологическим больным и их близким 8–800–100–0191 – основное направление работы службы «Ясное утро». Позвонив на линию, пациенты и их близкие могут поговорить со специально подготовленным психологом, а также получить юридическую консультацию по медицинскому праву. Линия работает круглосуточно, бесплатно, на условиях анонимности для абонента.

Другие направления работы службы «Ясное утро»:

- Очные индивидуальные консультации и группы поддержки онкологических больных и их близких
- Тренинги для медицинского персонала по коммуникации «врач-пациент» и профилактике профессионального выгорания
- Информационные кампании по повышению медицинской культуры
- Курсы повышения квалификации по онкопсихологии
- Волонтерский проект для профессиональных психологов
- Организация ежегодных съездов онкопсихологов

Служба помощи онкологическим больным
и их близким «Ясное утро»

ясноеутро.рф
8 (800) 100-01-91
contact@yasnoeutro.ru

**Ясное
утро**

Круглосуточная
поддержка
в борьбе с раком