



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ  
XV ВСЕРОССИЙСКОГО  
СЪЕЗДА  
ОНКОПСИХОЛОГОВ**

**9–11 НОЯБРЯ 2023**

**МОСКВА**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ  
XV ВСЕРОССИЙСКОГО  
СЪЕЗДА  
ОНКОПСИХОЛОГОВ**

**9–11 НОЯБРЯ 2023**

**МОСКВА**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

<b>ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> <i>Ахмерова П.С., Москва</i> .....	8
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ</b> <i>Бодунова Н.А., Москва</i> .....	12
<b>ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ: АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ НА ГОРЯЧИЕ ЛИНИИ</b> <i>Гамзаева М.И., Москва</i> .....	15
<b>ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> <i>Гараева А.Р., Москва</i> .....	18
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ (АСТ) В СОПРОВОЖДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА</b> <i>Гетманская Е.Н., Москва</i> .....	22
<b>ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ</b> <i>Гусева М.А., Москва</i> .....	27
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ</b> <i>Канатбек кызы А., Москва</i> .....	31
<b>РАБОТА С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМ. Ф. П. ГАЗА Г. ПЕРМИ НА ПРИМЕРЕ УЧАСТИЯ В ПРОЕКТЕ «ВРЕМЯ ЗАБОТЫ»</b> <i>Кантеева В.М., Пермь</i> .....	34
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ В СЕМЬЯХ С ОНКОБОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ</b> <i>Колтаков И.А., Москва</i> .....	37
<b>«РАВНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ», КАК НОВЫЙ ФЕНОМЕН В ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> <i>Ларюшина О.Д., Саратов</i> .....	40

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

XV Всероссийского съезда онкопсихологов  
Москва, 2023

Подготовлен АНО Службой «Ясное утро»

Использование и публикация статей  
возможны только с согласия авторов.

Пунктуация и орфография в статьях – авторская.

Этот сборник можно скачать на сайте  
[yasnoeutro.ru](http://yasnoeutro.ru)

АНО Служба «Ясное утро»

<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТА КАК ЗНАЧИМЫЙ АСПЕКТ РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> <i>Магомед-Эминов М.Ш., Москва</i> .....	47
<b>ПРОЕКТ «СЧАСТЬЕ И ЗДОРОВЬЕ – СЕГОДНЯ, ЗАВТРА И ВСЕГДА. МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ» И ДНЕВНИК ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ «ДЕРЕВО ЖИЗНИ» КАК ОПОРНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОЕКТА</b> <i>Михайлова М.С., Барнаул</i> .....	49
<b>МОДЕЛЬ ПОСТПАЛЛИАТИВНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ ПОДОПЕЧНЫХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ «ИСКОРКА ФОНД»</b> <i>Никонова Е.В., Челябинск</i> .....	52
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Пахомова Я.Н., Челябинск</i> .....	57
<b>ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ БОЛЕЗНИ</b> <i>Пахомова Я.Н., Томск</i> .....	59
<b>РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗЕ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> <i>Пономарева И.В., Томск</i> .....	62
<b>«ВОЛЯ К ЖИЗНИ» КАК КЛЮЧЕВОЕ ПОНЯТИЕ ДЛЯ АДАПТАЦИИ МЕТОДИЧЕСКИХ ПРИЕМОМ «CHILD LIFE» ПОДХОДА В ОНКОПСИХОЛОГИИ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОЛОЖЕНИЙ О ВОЛЕ Л.И. БОЖОВИЧ)</b> <i>Прихотько В.А., Владивосток</i> .....	65
<b>БОЛЬНИЧНЫЕ КЛОУНЫ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ СТРЕССА У ДЕТЕЙ-ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ БОЛЕЗНЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ</b> <i>Седов К.С., Москва</i> .....	69
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В НЕКОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ</b> <i>Скворцова А.К., Москва</i> .....	72

<b>МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ</b> <i>Фетисов Б.А., Москва</i> .....	75
<b>ГРУППА ПОДДЕРЖКИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ</b> <i>Шушкина Н.В., Москва</i> .....	80
<b>ПОДРОСТОК, НАХОДЯЩИЙСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ПОСЛЕ ВИТАЛЬНЫХ УГРОЗ: ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ</b> <i>Щербакова С.М., Москва</i> .....	83

## ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Ахмерова П.С.**, студент 5 курса факультета клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

**Гараева А.Р.**, студент 5 курса факультета клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

**Огарев В.В.**, к.психол.н., доцент кафедры клинической психологии, медицинский психолог центра персонализированной медицины МКНЦ им. А.С. Логинова, Москва

**Сирота Н.А.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

### Актуальность

К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относятся Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). Одну из главных ролей в обострении ВЗК играет психоэмоциональный стресс, также известно, что у пациентов с ВЗК в 2-3 раза выше распространенность тревоги и депрессии [6]. Известно, что у пациентов с ВЗК выделяют повышенную тревогу, панические и обсессивно-компульсивные расстройства. Это связано со множеством факторов, например, с тем, что при ЯК высок риск развития колоректального рака. Считается, что у больных ЯК он в 7-8 раз выше, чем в общей популяции, где его частота колеблется в разных странах в пределах от 0,5 до 3% [3]. Исследователи отмечают, что риск развития колоректального рака при ВЗК не снижается уже более 35 лет, несмотря на нововведения в лечении данных пациентов [2,4]. Также известно, что возраст пациентов, у которых диагностируют колоректальный рак ниже в группе пациентов с ВЗК, чем в группе пациентов без ВЗК [1,4].

### Цель исследования

Установить структурно-содержательные характеристики восприятия болезни у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и оценить эффективность протокола дистанционной формы когнитивно-поведенческой психотерапии в сопровождении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

### Используемые методы и методики

- 1) Теоретический
- 2) Эмпирический: «Краткий опросник восприятия болезни», Э. Бродбент (2006), адаптирован В.М. Ялтонским, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской [9]; «Опросник самоэффективности в отношении болезни», Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов [7]; «Методика диагностики беспокойства о прогрессировании онкологического заболевания», Н.А. Сирота, Д.В. Московченко [8]; Шкала деморализации [5].
- 3) Статистический

### Заключение

В 2021-2023 году нами было проведено исследование на базе МКНЦ им. Логинова, отделение ВЗК. Для исследования было отобрано 82 пациента с верифицированным диагнозом ВЗК: из них 47 с болезнью Крона, 35 с язвенным колитом, 57,3% и 42,7% соответственно, из них 29 мужчин и 53 женщины, 35,4% и 64,4% соответственно, в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст группы – 37,74 ± 13,04 лет). В данном исследовании мы выделили следующие психотерапевтические мишени: низкий личностный контроль, малопонятность заболевания, повышенная чувствительность к симптомам, высокий уровень озабоченности заболеванием и его последствиями, в том числе страх развития колоректального рака и хирургических вмешательств, воспринимаемая низкая излечимость, низкая убежденность во врачебном контроле, негативное мышление (у пациентов появляются катастрофические и негативные мысленные сценарии, которые активизируются во время мыслей о рецидиве или развитии онкологии), страх утраты автономии, семейные страхи, высокий уровень дистресса, чувство беспомощности. И на основании выделенных мишеней мы разработали программу 10 сессионной когнитивно-поведенческой групповой психотерапии, которая осуществляется в дистанционном формате на площадке Zoom.

На первой сессии происходит знакомство с пациентами, психообразование о КБТ методах, на второй сессии работа с телесным уровнем, освоение техник осознанности и релаксации, на 3 сессии главным инструментом является дневник автоматических мыслей, на 4 сессии происходит выявление когнитивных искажений каждого участника и работа с протоколом «За и против», на 5 сессии работа с ценностями жизни, на 6 сессии

проведение психообразования о потребностях и режимах схема-терапии, знакомство с требовательным критиком, на 7 сессии знакомство с карающим критиком, на 8 сессии использование экспириенциальных техник, на 9 сессии работа с приверженностью лечению и самоэффективностью пациентов, на последней сессии подведение итогов терапии. Промежуточные результаты показывают эффективность воздействия, сразу после проведения группы повышается уровень физического и эмоционального состояния. Данная программа может быть использована для пациентов гастроэнтерологического профиля, в том числе для пациентов с колоректальным раком.

### Литература

1. *Annese V., Beaugerie, L., Egan, L., Biancone, L., Bolling, C., Brandts, C., et al. European evidence-based consensus: inflammatory bowel disease and malignancies. J. Crohns Colitis. [Конференция]. – 2015. – Т. 9. – стр. 945–965.*
2. *Milanesi E., Dobre, M., Manuc, T. E., Becheanu, G., Tieranu, C. G., Ionescu, E. M., et al. Mucosal gene expression changes induced by anti-TNF treatment in inflammatory bowel disease patients. [Журнал]. – 2019 г. – Т. 80. – стр. 831-836.*
3. *Olén O et al Colorectal cancer in ulcerative colitis: A Scandinavian population-based cohort study. [Журнал]. – 2020 г. – стр. 123-131.*
4. *Rada C. Gheonea D., Tieranu C. G. and Popa D. E. Diagnosis and Psychotherapeutic Needs by Early Maladaptive Schemas in Patients With Inflammatory Bowel Disease. [Журнал] // Front. Psychol. – 2022 г.*
5. *Robinson S. Kissane D. W. et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-internal validity. [Журнал]. – 2016 г.*
6. *Койнова И.А. Белобородова Е.В., Бурковская В.А., и др. Особенности течения воспалительных заболеваний кишечника в зависимости от психологического статуса пациента [Журнал] // Современные проблемы науки и образования. – 2016 г. – 6.*
7. *Рассказова Е. И. Тхостов А. Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения [Журнал] // Психология. Психофизиология.. – 2016 г. – 1.*
8. *Сирота Н. А. Московченко Д. В., Ялтонский В. М., и др. Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы [Журнал] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016 г. – 6.*

9. *Ялтонский В.М. Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. [Статья] // Психологические исследования.. – 2017 г. – 51: Т. 10. – стр. 1.*

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

*Бодунова Н.А., заведующая Центром персонализированной медицины,  
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва*

*Канатбек кызы А., медицинский психолог, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ,  
старший преподаватель ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ,  
Москва*

### Актуальность

За последние 10 лет отмечается значительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. Тяжелая ситуация онкологического заболевания и не менее сложное лечение оказывают колоссальное влияние не только на физическое состояние, но и на психическое здоровье пациентов. Результаты исследований, посвященных качеству жизни онкологических больных, свидетельствуют о негативном воздействии болезни на общее благополучие человека. Около 30% онкологических пациентов испытывают симптомы тревожных расстройств и депрессии, сохраняющихся даже на реабилитационном этапе. Дистресс, сопровождающий онкологический диагноз, обуславливает необходимость усиления мер психосоциальной поддержки онкологических больных на всех этапах лечебного процесса.

### Психологи в многопрофильном стационаре

В МКНЦ им. А.С. Логинова медицинские психологи активно интегрированы в систему помощи пациентам с хроническими соматическими заболеваниями. Цель работы психолога в стационаре – помочь пациенту справиться со стрессом, связанным с заболеванием. На первый взгляд узкая, точечная цель охватывает не только центральное звено лечебного процесса – пациента, а целую систему отношений, в которых он находится. Так, психологическое сопровождение в многопрофильном стационаре предполагает помощь непосредственно пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу.

Психологические интервенции на первом этапе включают первичную диагностику всего комплекса переживаний человека, столкнувшегося с болезнью, его индивидуальных особенностей, а также оценку его личностных и социальных ресурсов для преодоления болезни. Это способствует

выстраиванию персонализированного подхода и вследствие, улучшению комплаентности пациента. Определение факторов рискованного в отношении здоровья поведения позволяет на следующем этапе психологического консультирования вернуть пациенту автономию, контроль над болезнью и сформировать высокую приверженность лечению.

Одним из ключевых факторов успешной борьбы с онкологическим заболеванием признана социальная поддержка. Диагноз «рак» и путь, который проходят, пациенты, становится потрясением и для их родственников. Консультирование родственников пациентов направлено на помощь в адаптации к новым реалиям, требующим от них психологической гибкости и готовности к длительному процессу лечения.

Смещение модели взаимоотношений «врач-пациент» в сторону пациент-центрированности выдвигает требование расширения надпрофессиональных навыков и перед специалистом, разделяющим ответственность за жизнь и здоровье с пациентом. Работа психолога с медицинским персоналом предполагает развитие факторов эффективной коммуникации специалиста с онкологическим пациентом, влияющей на самочувствие и отношение к болезни и лечению: понимание переживаний и психологических реакций, эмпатийное, безоценочное отношение, бережное информирование. Наряду с развитием психологических компетенций врача важна и забота о его психологическом состоянии, реализующаяся через программы профилактики эмоционального выгорания.

Команда специалистов психического здоровья Центра, включающая медицинских психологов, психотерапевтов и психиатров, сопровождает лечебный процесс онкологических пациентов с момента диагностики заболевания до катаретического этапа. Медицинские психологи оказывают профессиональную помощь пациентам в отделениях терапевтического, хирургического и реанимационного профилей, реализуя все виды психологического вмешательства.

### Заключение

Включение специалистов психического здоровья в медицинскую помощь последовательно осуществлялась международным сообществом более 20 лет и привело к созданию мультидисциплинарных команд. Развитие онкопсихологии позволило получить достаточные обоснования необходимости психологического сопровождения лечения онкологического заболевания и разработки эффективных методов психологической помо-

щи онкологическим пациентам. Возможность динамического наблюдения психоэмоционального состояния пациента, доступность психологической помощи на всех этапах лечения и взаимодействие психолога с медицинским персоналом и родственниками – важное условие сохранения психологического здоровья и повышения качества жизни в экстремальных условиях, задаваемых онкологическим заболеванием.

### Литература

1. Березанцев А.Ю. Комплексные аспекты психического здоровья пациентов с онкологической патологией. *Российский медицинский журнал*. 2017; 23(6): 321–326.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. *Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность)* – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2022. – илл. – 252 с.
3. Левин О.С., Чимагомедова А.Ш., Арефьева А.П. Тревожные нарушения у больных с онкологическими заболеваниями: влияние на течение онкологического процесса и возможности коррекции. *РМЖ*. 2018;12(1):25-31.

## ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ: АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ НА ГОРЯЧИЕ ЛИНИИ

*Гамзаева М.И., старший специалист-психолог АНО Служба «Ясное утро», Москва*

**Актуальность** исследования [1] связана с тем, что родственники и пациенты, столкнувшиеся с онкологическим заболеванием на последних стадиях, имеют разные потребности, которые необходимо учитывать при оказании психологической и медицинской помощи. Результаты исследования могут быть полезны для ориентации специалистов онкологической и паллиативной помощи в потребностях пациентов и их близких с целью оптимальной организации мероприятий по оказанию помощи.

**Цель исследования** заключается в анализе обращений пациентов паллиативного профиля и их близких на горячие линии помощи пациентам для выявления актуальных запросов, их содержательных особенностей и различий в связи с разными факторами.

**Материалы и методы.** В качестве материала для анализа мы взяли отчеты о целевых обращениях на горячую линию помощи онкологическим пациентам Службы «Ясное утро» за 12 месяцев 2022 г. и на горячую линию по вопросам паллиативной помощи за 12 месяцев 2022 г., а также июль – сентябрь 2023 г.

В качестве методов статистического анализа мы использовали описательную статистику, частотный анализ, статистические критерии Стьюдента, Хи-квадрат Пирсона, Н-критерий Краскела – Уоллиса.

**Результаты** анализа обращений показали следующее.

- 1) Категории запросов на горячих линиях различаются у родственников и пациентов, а также в зависимости от стадии заболевания.

Родственники тяжелобольных пациентов (IV и терминальной стадии заболевания) чаще пациентов обращаются на горячие линии помощи пациентам и их близким: на каждое обращение пациента приходится около трех обращений родственников. Это подтверждается данными другого исследования [2].

Сравнительный анализ актуальных потребностей абонентов показал, что пациенты чаще родственников обращаются за психологической помощью, а родственники чаще пациентов – за информацией о маршрутизации и медицинской информацией. Данная картина наблюдается в группах пациен-



тов и родственников как на начальных стадиях (I и II), так и более поздних стадиях (IV и терминальная стадия) течения заболевания.

Родственники пациентов на ранних стадиях заболевания с меньшей частотой обращаются за информационной и медицинской поддержкой по сравнению с родственниками пациентов на последних стадиях заболевания, для которых наиболее частым информационным запросом является вопрос о хосписах и получении паллиативной помощи, а медицинским – вопрос об обезболивающих лекарственных препаратах, их дозировке и взаимозаменяемости. Информирование о потенциальной возможности получения паллиативной помощи является важным компонентом поддержки родственников пациентов.

Психологические запросы родственников тяжелобольных пациентов в равной степени связаны с поддержкой себя и самого пациента, а запросы самих пациентов – преимущественно с поддержкой себя.

Частота психологических запросов у пациентов, и родственников возрастает при переходе от группы абонентов в ситуации начальных стадий заболевания (I и II) к группам абонентов, заявляющих более поздние стадии (IV стадия, терминальная стадия).

- 2) Категории запросов у мужчин и женщин (близких паллиативного пациента) не различаются: относительное соотношение психологических, информационных, юридических и медицинских запросов у обоих полов одинаково. Однако женщины предъявляют больше составных запросов, где наряду с психологическим звучат запросы дополнительного характера.

В целом, женщины чаще обращаются на горячую линию по сравнению с мужчинами. Запросы женщин статистически более кризисные по сравнению с запросами от мужчин.

- 3) Категории запросов в выходные дни и будни имеют свои особенности: в выходные дни больше запросов, связанных с обезболиванием, вызовом скорой помощи, получением психологической помощи.
- 4) Запросы, заявленные родственниками пациентов как одна категория, могут содержать запросы из другой категории: информационные, юридические или медицинские могут содержать психологический запрос. В частности, вопросы родственников, связанные с питанием и восстановлением паллиативного пациента, статистически часто содержат скрытый психологический запрос. Подобные темы требуют дополнительного вни-

мания психологов в контексте работы с мифами и информировании о возможных состояниях пациента при прогрессировании заболевания.

- 5) При обращении на горячую линию родственники паллиативного пациента с двумя и более диагнозами находятся в достоверно более кризисном состоянии по сравнению с родственниками пациента с одним диагнозом. Мы не обнаружили различий в уровне кризисного состояния родственников пациента в зависимости от диагноза, возможности непосредственно наблюдать состояние пациента и находиться рядом, обращения в выходные или будни.

### Заключение

Потребности пациентов и их близких требуют пристального внимания специалистов в части помощи с их распознаванием и формулированием соответствующих запросов. В задачи горячих линий помощи пациентам и их близким входит не только выявление актуальных запросов и улучшение психоэмоционального состояния, но и удовлетворение потребностей в информации разных категорий, что позволяет восполнить пробелы в государственной системе оказания медицинской помощи.

### Литература

1. Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Токарев С.Г. Психосоциальные потребности паллиативных пациентов и их близких: анализ обращений на горячие линии помощи пациентам // *Pallium: Паллиативная и хосписная помощь*, №3 (20), 2023. С. 38-48.
2. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля / И.В. Богдан, В.А. Виноградов, О.С. Горюшкина и др. – Москва: государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2022. – 133 с
3. Zimmermann C., Swami N., Krzyzanowska M., Hannon B., Leighl N., Oza A., ... & Lo C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383 (9930), 1721–1730.

## ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Гараева А.Р.**, студентка 5 курса, факультета клинической психологии, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

**Ахмерова П.С.**, студентка 5 курса, факультета клинической психологии, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

**Научные руководители:** заведующая кафедрой клинической психологии, профессор, д.м.н. **Сирота Н.А.**, старший преподаватель кафедры клинической психологии, медицинский психолог центра персонализированной медицины МКНЦ им. А.С. Логинова, к.психол.н. **Огарев В.В.**

На сегодняшний момент проблема распространения онкологических заболеваний вышла за рамки сугубо медицинской, приобрела мультидисциплинарный характер. Злокачественные новообразования (ЗНО) занимают второе место в структуре причин смертности населения, уступая первое место болезням кровообращения. Особая актуальность онкологических заболеваний обусловлена высоким уровнем распространенности данной патологии среди населения, высокой летальностью, а также большими экономическими потерями [1].

### Цель

Анализ и описание особенностей совладающего поведения пациентов с риском развития онкологического заболевания.

### Используемые методы и методологии

Библиографический.

На сегодняшний день можно выделить ряд факторов повышающих риск развития рака у условно здоровых пациентов: наличие инфекционных заболеваний (ЗНО развиваются у 40% пациентов с ВИЧ [2]; по данным российской статистики на долю ВПЧ-ассоциированных ЗНО приходится 5% от общей заболеваемости [3]), наличие нарушений в онкогенах (например при мутации в гене CDH1 кумулятивный риск диффузного рака желудка достигает 67% и 83% для мужчин и женщин носителей мутации соответственно) [4], толстокишечная локализация заболевания (воспалительные заболева-

ния кишечника повышают риск развития рака толстой кишки, при длительности язвенного колита более 10 лет риск развития рака достигает 42% [5]; болезнь Крона при толстокишечной локализации повышает риск развития ЗНО на 5-10%; при размере ворсинчатых аденом (полипов) более 2 см. в диаметре частота развития рака составляет 35-53%, при диаметре более 3 см вероятность их озлокачествления составляет 100% [6].

Риск тревожных нарушений среди лиц, болеющих онкологическими заболеваниями выше, чем в популяции. Около 30% пациентов онкологического профиля страдают от той или иной формы психического расстройства, при этом у 25% отмечается тревога, депрессия или их сочетание. Частота депрессии превышает 7%, панического расстройства – 5%, ГТР– 4% [7].

При работе с группой пациентов с повышенным риском развития ЗНО психолог может руководствоваться основными принципами онкопсихологии, так как пациенты также могут испытывать недоверие к врачам, находится в состоянии страха прогрессирования заболевания и использовать неадаптивные методы совладания со стрессом. При исследовании пациенток с раком молочной железы страх прогрессирования заболевания являлся основной причиной психологических стрессов и был характерен для 40% пациенток. Основными стратегиями совладающего поведения женщин с выраженным страхом прогрессирования заболевания является «концентрация на эмоциях и их активное выражение» ( $12,85 \pm 3,42$  vs  $9,46 \pm 3,54$ ), которая проявляется в фокусировке на негативных эмоциях, неприятностях и выражении чувств, а также стратегия «отрицание» ( $11,80 \pm 2,91$  vs  $9,8 \pm 2,28$ ), что может явиться причиной развития заболевания, увеличить протяженность лечения [8].

Методы реабилитации онкологических пациентов тесно связаны с высоким уровнем тревоги и депрессии. Люди в ситуации онкологического заболевания часто чувствуют себя беспомощными перед угрозой неопределенности своего будущего, что может спровоцировать избыточное эмоциональное напряжение [9].

В работе психолога приоритетными являются те методы и техники, которые пациент сможет использовать самостоятельно. В ситуации угрозы заболевания можно выделить: метод групповой психотерапии, основными мишенями которой будет вербализация чувств и эмоций пациента, оказание групповой психологической поддержки, поиск ресурсов выздоровления и смыслов жизни, и индивидуальная работа с пациентами, которая будет направлена на чувства [10].

## Заключение

Таким образом, современное состояние психотерапии характеризуется достаточными ресурсами для оказания краткосрочной и долгосрочной психологической помощи пациентам с повышенным риском развития ЗНО.

## Литература

1. Казанцева М.В. «Научное обоснование совершенствования профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний», 2015
2. Бабаева И.Ю., Авдеева М.В., Чумаченко Г.В., Понкина О.Н., Пикалин С.А. «Проблема сочетания инфекционной и онкологической патологии легких при ВИЧ-инфекции: литературный обзор и описание клинического случая» // Эпидемиология и описание клинического случая, 2017 №3
3. Нигматуллин Л.М. «Впч-ассоциированные онкологические заболевания» // Поволжский онкологический вестник. 2017. №2 (29).
4. Белковец А.В., Курилович С.А., Решетников О.В. «Наследственный рак желудка» // Международный прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №1 (часть 4), (517).
5. Колодей Елена Николаевна «Язвенный колит и рак толстой кишки. Актуальные и нерешенные вопросы диагностики» // Медицинский альманах. 2013. №1 (25).
6. Бурцев Д.В., Кит О.И., Максимов А.Ю. «Дифференциальная диагностика воспалительных и онкологических заболеваний кишечника с помощью молекулярных серологических и копрологических методов» // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4
7. Левин О.С., Чимагомедова А.Ш., Арефьева А.П. «Тревожные нарушения у больных с онкологическими заболеваниями: влияние на течение онкологического процесса и возможности коррекции» // РМЖ. №12(1)- 25-31
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. «Психологические факторы приверженности лечению у пациенток, страдающих раком молочной железы» // МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2014.
9. Кирюхина М.В., Файрушина А.Н., Самигуллина А.Р., Сарбаева О.Ю., Разумнова О.А. Принципы и методы психолого/психотерапевтической реабилитации для пациентов онкологического профиля // ПМ. 2019. №3.

10. Филимонова О.Ю. «Психологическая реабилитация онкологических больных» // Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина, 2016

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ (АСТ) В СОПРОВОЖДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

*Гетманская Е.Н., медицинский психолог, АО Ильинская Больница, Москва*

### Актуальность

В ситуации большого количества случаев онкологических заболеваний, выявляемых на разных стадиях, а также с учетом расширения методов лечения их в условиях стационара, актуальным представляется анализ новых возможностей психологического сопровождения пациентов. Доказательные методы психотерапии существенно дополняют способы помощи пациентам через пополнение арсенала техник и повышение вариативности поддержки, а также дают возможность специалистам концептуализировать случаи более четко и с опорой на подходящую им терминологию.

Одним из таких современных методов выступает Терапия принятия и ответственности (АСТ). Ее преимущества заключаются в гибкой и в то же время наглядной системе концептуализации случаев, что облегчает коммуникацию между специалистами, включенными в психологическое сопровождение пациентов, дает возможность сопоставлять клинические случаи между собой. Также АСТ предполагает построение контекстуальных моделей для конкретных случаев и поиск наиболее подходящих форм адаптации именно в них. Такой подход позволяет предоставить пациенту информацию о его эмоциональном состоянии на понятном для него языке и информировать его в отношении возможных интервенций и способов самопомощи.

### Цель исследования

Целью данного исследования является описание и анализ возможностей применения модели и техник Терапии Принятия и Ответственности для концептуализации случаев, определения психотерапевтических мишеней, осуществления интервенций, отвечающих контексту стационарного лечения онкологического пациента.

### Используемые методы и методологии

Методологическим основанием данного исследования выступают концепция радикального бихевиоризма, теория реляционных фреймов и модель нормы-патологии, принятая в методе Терапии Принятия и Ответственности.

В качестве методов исследования использованы наблюдение, качественный анализ результатов психотерапевтической работы с онкологическими пациентами в рамках стационара.

### Описание выборки

В качестве участников исследования выбраны онкологические пациенты, проходящие стационарное лечение в Ильинской больнице в 2022–2023 гг. Всего в исследовании участвовало 37 пациентов, давших согласие на психологическое сопровождение. С каждым пациентом было проведено от 3-х до 5-ти психотерапевтических встреч.

Выборка включала пациентов обоих полов в возрасте от 20-ти до 80-ти лет со злокачественными опухолями разных локализаций преимущественно на продвинутых и паллиативных стадиях течения болезни.

### Описание исследования

В ходе исследования проводился качественный анализ психотерапевтических сессий с пациентами, госпитализированными для лечения по онкологическому профилю.

Анализовалась эффективность использования техник АСТ, таких как когнитивное разделение («распутывание с мыслями»), в том числе с использованием метафор; наблюдение за своими эмоциями в настоящем моменте и принятие чувств, в том числе «креативная безнадежность»; прояснение ценностной ориентации; постановка реалистичных целей с учетом ценностей; функциональный анализ поведения. Эффективность оценивалась на основе самоотчетов пациентов, скринингового обследования, отзывов врачей.

По результатам как устного самоотчета пациентов о своем эмоциональном самочувствии, а также по данным клинического наблюдения была выявлена положительная динамика в психоземotionalном состоянии пациентов, получавшим психологическую помощь:

Пациенты, акцент в работе с которыми был сделан на развитии навыков разделения с мыслями и проведен функциональный анализ внутреннего поведения по отношению к собственным эмоциям, субъективно отмечали возросшую возможность совершать важные для них действия (преодоление социальной изоляции, физическая активизация, большую комплаентность назначенному лечению), несмотря на присутствие негативных переживаний и мыслей.

Примечательно, что переживания могли не становиться менее интенсивными, однако отношение пациентов к собственным негативным умозаключениям и трудным эмоциям несколько менялось: признание нормативности такого рода реакций психики на стрессовую ситуацию лечения онкологического заболевания, а также ее адаптивный функционал и невозможность (креативная безнадежность в АСТ) и неполезность полного ее подавления, позволяли пациентам руководствоваться в поведении интересами, не воспринимая реакцию на стресс как препятствие для этого.

Пациенты, актуальный запрос которых лежал в плоскости прояснения личной ценностной ориентации и расстановки приоритетов в действиях с учетом ограничений времени жизни и физических сил, также сообщали о готовности к изменению поведения в направлении желаемых и значимых целей в доступном для них объеме (например, беседовать с родственниками, завершать значимые дела либо продолжать сохранять профессиональную активность в любимой сфере).

### Используемые методы и методологии

Методологическим основанием данного исследования выступают концепция радикального бихевиоризма, теория реляционных фреймов и модель нормы-патологии, принятая в методе Терапии Принятия и Ответственности.

В качестве методов исследования использованы наблюдение, качественный анализ результатов работы с онкологическими пациентами в рамках стационара.

### Заключение

В результате работы с онкологическими пациентами с использованием техник метода терапии принятия и ответственности выявлено положительное влияние данных интервенций на психоэмоциональное состояние пациентов.

Подходящими техниками, показавшими эффективность с нашей точки зрения, выступили: функциональный анализ поведения, когнитивное разделение, креативная безнадежность, принятие чувств и осознанное обращение к настоящему моменту в повседневности, выявление ценностной ориентации и постановка реалистичных целей (SMART).

Техника функционального анализа поведения, а также когнитивного разделения и осознанности позволяют увидеть полезные и неполезные спо-

собы поведения пациентов (как внутреннего, так и внешнего), что в ситуации адаптации к заболеванию позволяет улучшить качество эмоциональной жизни, повысить комплаентность пациента, эффективность способов заботы о себе. Прояснение ценностей, постановка реалистичных целей задают направление изменений поведения таким образом, что индивидуальные смыслы личности и особенности реальной ситуации могут быть учтены.

Использование данной модели позволяет учитывать индивидуальный актуальный ситуацию жизни и заболевания пациентов, поскольку модель АСТ является контекстуальной, что делает ее применимой к широкому кругу ситуаций и задач, отвечающей насущным потребностям и ценностям конкретного пациента.

### Литература

1. Danielle L. Feros, Lisbeth Lane, Joseph Ciarrochi, John T. Blackledge *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study // Psycho-Oncology, Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, Volume 22, Issue 2, Pages 459-464, February, 2013*
2. González-Fernández Sonia & Fernández-Rodríguez Concepción, *Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings, Behavioral Medicine, 45:3, 255-269, 2019*
3. Hulbert-Williams N.J. PhD, CPsychol, Storey L. PhD, Wilson K.G. PhD, *Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy // Cancer Care, Volume 24, Issue 1, Pages 15-27, January, 2015*
4. Julie E. Angiola and Anne M. Bowen *View all authors and affiliations, Quality of Life in Advanced Cancer: An Acceptance and Commitment Therapy View // The Counseling Psychologist, Volume 41, Issue 2, 2013*
5. Jacqueline G.L. A-Tjak; Michelle L. Davis; Nexhmedin Morina; Mark B. Powers; Jasper A.J. Smits; Paul M.G. Emmelkamp; *A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems // Psychiatry and Psychology, Volume 84, Issue 1, January, 2015*
6. Karekla Maria, Constantinou Marios, *Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach, Cognitive and Behavioral Practice, Volume 17, Issue 4, Pages 371-381, 2010*



7. Li Huiyuan, Cho Lee Wong, Xiaohuan Jin, Jiuling Chen, Yuen Yu Chong, Yang Bai, *Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review // International Journal of Nursing Studies, Volume 115, March, 2021*
8. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. *The Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy (ACT) on Perceived Stress, Symptoms of Depression, and Marital Satisfaction in Women With Breast Cancer. Arch Breast Cancer. N.5; 4(1):16-23, Mar., 2017*
9. Кабат-Зинн Джон, *куда бы ты ни шел – ты уже там. Осознанная медитация в повседневной жизни*, Эксмо-Пресс, 2019
10. Стоддард Д., Афари Н., *Метафоры в терапии принятия и ответственности, Практическое руководство*, 2021
11. Хэррис Расс, *Ловушка счастья, Бомбора*, 2022
12. Хэррис Расс, *Полное наглядное пособие по терапии принятия и ответственности: революционные методы и стратегии для содействия глубоким изменениям в поведении клиентов*, Бомбора, 2022
13. Хайес Стивен, Спенсер Смит, *Перезагрузи мозг, Питер*, 2014

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Гусева М.А.**, медицинский психолог, PhD, к.с.н., ЛРНЦ «Русское поле»  
ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» им. Д. Рогачева, Москва

### **Актуальность**

Лечение ребенка, имеющего злокачественное новообразование, ассоциировано с рядом факторов, обуславливающих развитие эмоционально-стрессовых реакций и состояний дезадаптации, связанных как с самим лечением, так и с его последствиями – медицинскими, психологическими социальными: активное лечение стероидами; стрессы во время лечения; повышенная мнительность ребенка по поводу состояния своего здоровья; болезненные процедуры; эндокринные нарушения; нарушения пищевого поведения; изменения внешности; ухудшение внутрисемейных отношений, разлуки, разводы в семье. У детей с опухолями головного мозга ситуация усугубляется повреждениями различных областей мозга, играющих роль в регуляции эмоций, торможении поведения, понимании социальных ситуаций, считывании невербальных сигналов от других людей и пр. [1], что делает симптомы более устойчивыми и требующими не только эмоционально-поведенческой коррекции, но и работы всей мультидисциплинарной команды, включающей кроме медицинского психолога, невролога, нейропсихолога и, часто, психиатра. Кроме того, семья ребенка с солидной опухолью, особенно с ОГМ, является более уязвимой с точки зрения тяжести лечения, устойчивости нарушений функций организма, длительности ограничений жизнедеятельности, отсроченности во времени эффектов противоопухолевой терапии – внутрисемейные отношения в этих семьях ухудшаются значительно чаще, чем в семьях с детьми с гемобластомами – 22,5 и 18,7%,  $p < 0,05$ ; разводов также существенно больше – 19,2% и 10,6%, соответственно,  $p < 0,05$  [2]. Клинически подтверждено, что утрата отношений с одним из родителей может стать тяжелой психической травмой вследствие незрелости психического аппарата ребенка и серьезно сказаться на его психическом и соматическом здоровье вплоть до развития тяжелых психопатологических состояний [3]. Каждый из перечисленных факторов может внести свой вклад в развитие эмоциональных реакций и защитного поведения у детей разного возраста, с разными злокачественными новообразованиями.

## Цель исследования

Изучить эмоционально-поведенческие симптомы, их характер и динамику, у детей с разными злокачественными новообразованиями при проведении краткосрочной психотерапии; определить основные задачи терапии.

## Материалы и методы исследования

Эмоционально-поведенческая терапия (не менее 10 занятий) проводилась 49 детям (22 девочкам и 27 мальчикам) в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст 9 лет, медиана 8,5), госпитализированным для прохождения реабилитации в ЛРНЦ «Русское поле», с разными злокачественными опухолями: 18 (37%) с гемобластомами; 17 (35%) с ОГМ; 14 (28%) – с другими солидными опухолями. Все дети находились в ремиссии по основному заболеванию; сроки ремиссии составили от 8 до 132 месяцев (медиана 61). Методами диагностики и оценки динамики терапии были анализ эмоциональных и поведенческих реакций ребенка во время терапии при аффективной нагрузке, контента его ненаправленной игры, вербального и проективного материала; изучение семейного анамнеза, клиническая беседа с сопровождающим родителем. Родители заполняли специальные опросники: карту развития ребенка и опросник эмоционально-поведенческих проблем у детей. Для психокоррекции выбрана детская аналитическая терапия с применением вербальных, игровых и проективных методов – не менее 10 занятий. Статистическая обработка проводилась в программе MS Excel.

## Результаты исследования

Поведенческо-невротические симптомы (вялость; апатия; повышенная утомляемость; снижение настроения, концентрации внимания, мотивации к деятельности, самооценки, интереса к общению со сверстниками) выявлены у 38 (78%) детей. Соматические жалобы неясного генеза – у 34 (69%) детей. Разные формы неадаптивного защитного поведения (агрессивного, аутоагрессивного, регрессивного, зависимого и пр.) отмечались у всех детей. Особо внимания заслуживают симптомы психического регресса – у 26 (53%) и аутоагрессии – у 22 (45%), являющиеся частыми защитными реакциями у этой группы детей при подавлении страха и гнева и предикторами развивающейся депрессии. Обнаружена связь нозологии опухоли с интенсивностью и частотой некоторых поведенческих симптомов. У детей с ОГМ в два раза чаще, чем с гемобластомами, развивается аутоагрессивное поведение – 68% и 32%, соответственно. Аутоагрессия возникает как неадаптивная защитная

реакция на стресс и поддерживается бессознательной идеей ребенка об опухоли как о «плохом» внутреннем объекте, за который он виноват и должен быть наказан. Так, аутоагрессивное поведение становится не только каналом для разрядки гнева, но и своеобразной «сделкой» по искуплению вины. Регрессивное поведение также существенно чаще выявляется у детей с ОГМ, чем с гемобластомами – 92 и 8%; у девочек чаще, чем у мальчиков – 84% и 47%,  $p < 0,01$ . Регресс манифестируется «возвратом» к симбиотическим отношениям в ситуации высокой тревоги и поддерживается длительной зависимостью ребенка от матери в связи с побочными эффектами терапии: парезы, двигательные расстройства, отставания в росте и пр. Не обнаружено связи между возрастом ребенка и характером его симптомов, что отчасти обусловлено разрывом, у 53% детей, между паспортным и психологическим возрастом. 10 (20%) детей пережили утрату в результате развода родителей или смерти близкого, из них 8 – дети с ОГМ, что согласуется с данными когортного исследования, проведенного в ЛРНЦ «Русское поле» [3]. В результате проведенной терапии у большинства – 41 (84%) уменьшились симптомы в течение 10 занятий. Оставшиеся 8 (16%) были детьми с ОГМ.

## Заключение

У детей с опухолью головного мозга чаще диагностируются симптомы аутоагрессивного и регрессивного поведения. Для определения психотерапевтических вмешательств регресс важно дифференцировать с задержкой эмоционального развития, особенно у детей, переживших операцию на головном мозге. Важными задачами краткосрочной психотерапии для этих детей должны быть вмешательства, направленные на контейнирование, дифференциацию и связывание: формирование надежных и безопасных терапевтических отношений; дифференциация аффектов; интерпретация незрелых психологических защитных механизмов; связывание аффектов ребенка с его поведенческим симптомом; интерпретация трансферентных реакций и отношений; отреагирование негативных аффектов и травмирующего опыта на вербальном и/или проективном материале; связывание содержательных и аффективных компонентов травмирующего опыта. Необходимыми условиями для успешной терапии ребенка являются:

- недирективность – «следование» за ребенком
- семейный подход – проводится поддерживающая терапия родителям; родитель «возводится» в ранг ко-терапевта через информирование и обучение.

В процессе психотерапии активизируются не только психические, но и физические процессы, могут проявляться психосоматические и поведенческие феномены в их взаимосвязи друг с другом; появляются и усиливаются трансферентные реакции. Важно учитывать эти реакции и процессы не только для оценки динамики терапии, но и применять их для усиления терапевтического эффекта, а также для предупреждения возможных осложнений.

На сегодняшний день диагностика и коррекция эмоционально-поведенческой сферы у детей является не только клинико-психологической, но и общемедицинской, и социальной проблемой. Крайне важно проводить эмоционально-поведенческую коррекцию уже на этапе установления онкологического диагноза, особенно детям с ОГМ.

### Литература

1. *Arianne B. Dessens, Michael C. van Herwerden, Femke K. Aarsen, Erwin Birnie & Coriene E. Catsman-Berrevoets (2016) Health-related quality of life and emotional problems in children surviving brain tumor treatment: A descriptive study of 2 cohorts, Pediatric Hematology and Oncology, 33:5, 282-294, DOI:10.1080/08880018.2016.1191101*
2. *Гусева М.А., Жуковская Е.В., Антонов А.И., Лебедь О.Л. Стратегии и диспозиции репродуктивного поведения в семьях, имеющих детей с разными видами злокачественной опухоли. Педиатрический вестник Южного Урала. 2020; 2: 36-46. doi: 10.34710/Chel.2020.97.15.004*
3. *Гусева М.А., Цейтлин Г.Я., Жуковская Е.В., Лебедь О.Л., Румянцев А.Г. Специфика семейных утрат в детской онкологии и динамика горевания при проведении аналитической психотерапии у пациентов детской онкологической клиники, потерявших одного или обоих родителей. Российский журнал детской гематологии и онкологии 2020;7(3):32-8*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

*Канатбек кызы А., медицинский психолог, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, старший преподаватель ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва*

*Бодунова Н.А., заведующая Центром персонализированной медицины, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва*

### Актуальность

Развитие медико-генетических исследований способствует своевременному выявлению онкологических заболеваний. Однако ряд исследований свидетельствует о подверженности участников генетического тестирования психологическому дистрессу в связи обнаружением патогенного варианта гена. Тревожные и депрессивные симптомы, выявляемые у носителей патогенного варианта, могут влиять на качество жизни пациентов, что обуславливает необходимость изучения их психоэмоционального состояния.

**Целью исследования** стала оценка уровня психоэмоционального стресса и качества жизни онкологических пациентов, прошедших генетическое тестирование.

**Материалы и методы исследования.** В исследование вошли 97 пациентов Центра персонализированной медицины МКНЦ им. А.С. Логинова с установленными диагнозом онкологического заболевания и прошедшие генетическое исследование (полногеномное секвенирование). Исследуемую группу составили 43 пациента носителей патогенного варианта, ассоциированного с опухолевым синдромом, (группа 1, средний возраст -  $38,93 \pm 9,91$  лет) и 54 пациента не носителей мутации (группа 2, средний возраст -  $52,52 \pm 7,34$  лет).

Исследование проводилось с помощью стандартизированных психодиагностических методик: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы тревоги Спилбергера-Ханина (STAI), опросника оценки качества жизни (SF-36). Психометрические данные собирались после информирования пациентов о результатах генетического тестирования и прохождения консультации генетика. Статистические расчеты проводили с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics 23: для сравнения групп был использован непараметрический U-критерий



Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ . Выраженность шкал в тексте представлена средними значениями и стандартными отклонениями ( $ME \pm SD$ ).

**Результаты исследования.** Сравнительный анализ групп по эмоциональному компоненту стресса не выявил значимые различия ( $p > 0,05$ ). Согласно данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, в обеих группах обнаружен нормативный уровень эмоционального реагирования («носители»: HADS-тревога =  $7,59 \pm 4,30$  баллов, HADS-депрессия =  $4,69 \pm 3,91$  баллов). При этом у 51% всех онкологических пациентов отмечается повышение тревоги. Для 24% носителей патогенного варианта характерен клинический уровень тревоги, тогда как в группе неносителей чрезмерное беспокойство наблюдается у 17% пациентов.

Результаты методики Спилбергера-Ханина свидетельствуют о наличии высокой ситуативной и личностной тревоги у пациентов с тенденцией повышения значений в группе носителей (СТ =  $47,03 \pm 9,38$  баллов; ЛТ =  $49,86 \pm 11,04$  баллов).

Не обнаружено достоверных различий и по качеству жизни пациентов ( $p > 0,05$ ). Обращает на себя внимание выраженность показателей качества жизни в сравниваемых группах. Так, у носителей патогенных вариантов существенно выше уровень физического и социального функционирования, чем у неносителей (PF1 =  $70,86 \pm 19,08$ , PF2 =  $58,37 \pm 24,08$ ; SF1 =  $64,22 \pm 21,82$ , SF2 =  $43,75 \pm 21,11$ ). В то же время у носителей патогенного варианта ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием принимает низкие значения. Это означает, что пациенты с наследственными опухолевыми синдромами обычно не испытывают сильных ограничений в физических нагрузках и социальных контактах в связи с состоянием здоровья. Однако полученные результаты не обладают достаточной репрезентативностью в связи с большой вариативностью психологических реакций онкологических пациентов в обеих группах.

**Заключение.** Пациенты – носители патогенного варианта с высоким риском развития онкологического заболевания испытывают умеренный уровень психологического стресса, в структуре которого преобладают реакции тревожного типа. Качество жизни этих пациентов определяется скорее ситуацией онкологического заболевания и лечения, нежели столкновением с положительным результатом тестирования. Важным фактором является грамотное информирование пациентов врачом-генетиком. Взаимодействие со специалистом, доступность информации,

ее корректная интерпретация способствует формированию у пациентов адекватных представлений о собственном генетическом статусе, что в свою очередь позитивно влияет на эмоциональное состояние и психологическое благополучие пациентов.

## Литература

1. Ashley Wilder Smith, Angela Liegey Dougall, Donna M Posluszny, Tamara J Somers, Wendy S Rubinstein, Andrew Baum. *Psychological distress and quality of life associated with genetic testing for breast cancer risk*. 2008 Aug;17(8):767-73. doi: 10.1002/pon.1291.
2. Kelly A Metcalfe, Melanie A Price, Carol Mansfield, David C Hallett, Geoffrey J Lindeman, Angie Fairchild, Joshua Posner, Sue Friedman, Carrie Snyder, Kathleen Cunningham Foundation Consortium for Research into Familial Breast Cancer; Henry T Lynch, D Gareth Evans, Steven A Narod, Alexander Liede. *12 Predictors of long-term cancer-related distress among female BRCA1 and BRCA2 mutation carriers without a cancer diagnosis: an international analysis*. 2020 Jul;123(2):268-274. doi: 10.1038/s41416-020-0861-3. Epub 2020 May 12.
3. Michal DiCastro, Moshe Frydman, Irit Friedman, Ronit Shiri-Sverdlov, Moshe Z Papa, Boleslaw Goldman, Eitan Friedman. *Genetic counseling in hereditary breast/ovarian cancer in Israel: psychosocial impact and retention of genetic information*. 2002 Aug 1;111(2):147-51. doi: 10.1002/ajmg.10550.

## **РАБОТА С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМ. Ф.П. ГАЗА Г. ПЕРМИ НА ПРИМЕРЕ УЧАСТИЯ В ПРОЕКТЕ «ВРЕМЯ ЗАБОТЫ»**

*Кантеева В. М., медицинский психолог, Онко-гематологический центр  
им. Ф. П. Гааза, Пермь*

*Зимица О. А., медицинский психолог, Онко-гематологический центр  
им. Ф. П. Гааза, Пермь*

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.

Целью проекта «Время заботы» было создать благоприятную помогающую среду вокруг ребенка, проходящего лечение от онкозаболеваний, за счет профилактики эмоционального и профессионального выгорания окружающего его медицинского персонала.

Проект включал в себя такие мероприятия, как посещение фитнес-зала, бассейна и массаж. На территории детского онкологического центра ежемесячно проводятся групповые тренинги и супервизии для медиков, а также организовываются вебинары и индивидуальные психологические консультации.

### **Цель исследования**

- оценить наличия стресса и тревожности, депрессии, эмоционального истощения и профессионального выгорания.
- оценить степени влияния проекта «Время заботы» на уровень стресса, тревожности, депрессии, эмоционального истощения и профессионального выгорания медицинских работников.

### **Методы исследования**

- 1) Тест на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников)
- 2) Опросник выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI)
- 3) Многофакторный тест эмпатии Э.Дэвис (обработка Т.Б.Корягиной)

В исследовании приняли участие 20 медицинских сотрудников.

В соответствии с целью исследования нами были получены эмпирические данные, позволяющие составить картину профессионального стресса у медперсонала.

Данные по динамике уровня стресса у медицинского персонала показывают, что на момент входа в проект, большая часть персонала (55%) испытывают стресс на рабочем месте, связанный с перегрузками.

После завершения проекта этот процент снизился (40%), а низкий уровень стресса показала диагностика 60% медиков.

Результаты многофакторного теста эмпатии, показывают то, что:

- по шкале «Децентрация», которая оценивает тенденцию восприятия, понимания, принятия в расчет точки зрения, опыта другого человека. На момент входа в проект у 5% человек низкий уровень, люди обладают довольно низким уровнем тенденции восприятия и понимания точки зрения другого человека. У большинства сотрудников эта склонность находится на среднем уровне (85%), как на моменте входа, так и на моменте выхода из проекта.
- по шкале «Сопереживание» следует, что абсолютное большинство участников (90%) имеют способность к сопереживанию окружающим, в т.ч. пациентам и их родителям. Низкий показатель в этой области только у одного сотрудника.
- по шкале «Эмпатическая забота» оценивается тенденция испытывать чувства теплоты, сострадания и беспокойства о других людях. Показатели теста демонстрируют незначительное снижение уровня тенденции к чувству сострадания, сочувствия и симпатии со смещением с высокого уровня (20%) на средний (80%). Тем не менее все участники демонстрируют устойчивый средний уровень по этому показателю.
- Шкала «Эмпатический дистресс» позволяет выявить чувства неловкости и дискомфорта в реакции на эмоции других в ситуациях оказания помощи, в напряженном межличностном взаимодействии. Показатели диагностики демонстрируют высокий уровень эмпатического дистресса у 33% сотрудников на период входа в проект. После участия наблюдается снижение уровня дискомфорта в реакции на эмоции других. Показатели преимущественно держатся в средних значениях у 66% исследуемых.

Опросник выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI).

Диагностика на входе и выходе показала весьма высокие показатели по шкале «эмоциональное истощение» у сотрудников. Лишь 15% от общего числа имеют низкие значения в момент входа в проект и 10% на момент выхода. Так же, показатели демонстрируют высокий уровень по шкале «деперсонализация» у 45% сотрудников на момент входа в проект и у 40% на момент выхода. Тем не менее по завершении проекта можно заметить увеличение процента с низким уровнем шкалы и снижение высокого.

### Заключение

Высокие показатели по методике эмоционального выгорания как на момент входа в проект так и на момент выхода, говорят нам о важности и серьезности проведения профилактических и реабилитационных мероприятий с медицинским персоналом. Данные исследования помогают определить основные мишени работы для предотвращения профессионального выгорания врачей, медсестер отделения и помогающих специалистов.

### Литература

1. Березкин Д.П., Зырянова Н. Г. *О перспективах психосоматических исследований в онкологии // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.* — Л., 1976. — С. 1618.
2. Карелин А. *Большая энциклопедия психологических тестов.* — М.: Эксмо, 2007. — 416 с. (с. 3638)

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ В СЕМЬЯХ С ОНКОБОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

*Колтаков И.А., медицинский психолог группы клинической психологии ЛРНЦ «Русское поле» Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва*

*Глебова Е.В., заведующая лабораторией Научно-исследовательского института развития мозга и высших достижений РУДН, к.психол.н., Москва*

*Ефименко Т.В., Трейберман Л.В., психоаналитически-ориентированные психотерапевты центра ProSelf, Москва*

### Актуальность

Психотерапия является неотъемлемой частью помощи детям и родителям, столкнувшимся с тяжелой болезнью, и одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений современной психологии. Работа с жизненной историей пациента, его травмами, проблемами позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий, способствуя рациональному использованию внутренних личностных ресурсов пациентов и, в конечном итоге улучшить качество жизни. Подобно когнитивным и соматическим нарушениям, психоэмоциональное состояние нуждается в корректировке, а пациенты – в помощи психотерапевта по переработке своего внутреннего мира. Оценка конечных результатов этого процесса имеет всегда индивидуализированный характер и требует анализа трех аспектов: клинического, индивидуально-психологического и социально-психологического.

### Цель исследования

Привлечь большее внимание к психоэмоциональному состоянию детей и их родителей в реабилитационных центрах и больницах для тяжелобольных детей. В работе мы рассматриваем психотерапию в различных ее направлениях – индивидуальная, групповая, арт-терапия, игровая терапия и т.д. – как один из доступных и эффективных способов помочь детям и родителям справиться с тяжелыми переживаниями. Эти переживания могут быть выражены в виде тревоги, страха и агрессии – реакций, аффектов и состояний, которые могут тормозить естественное прохождение этапов жизни.

### Используемые методы и методологии

- А) Опросник враждебности Басса-Дарки (BDHI) – выявляет степень и области напряжения родителя. Показывает, как взрослый справляется со стрессами, как перерабатываются и утилизируются его аффекты, вызванные неудовлетворяющей реальностью.
- Б) Международный тест ПТСР – позволяет оценить травму, нанесенную родителю онкозаболеванием ребенка, и выявить слабости структур Эго. Позволяет наиболее быстро и эффективно найти точки приложения усилий, что важно в условиях непродолжительного пребывания в стационаре.
- В) Тесты PARI и ACB – дают оценку состояния семейной системы, выявляют семейные ценности и родительские установки. Результаты определяют параметры обыденной жизни, на которые специалистам следует обратить внимание.
- Г) Тест реакции на фрустрацию Розенцвейга – позволяет оценить то, как дети и взрослые воспринимают вызовы реальности, определить, какими способами они справляются с трудностями.

Также были использованы: анализ медицинских карт, Структурное интервью STIPO (О. Кернберг, 2015), Шкала оценки синдрома хронической усталости у пациентов онкологического профиля.

### Заключение

Выбранные методы и проведенные тестирования показывают, что основная масса жалоб приходится на психоэмоциональную сферу.

Мы обнаружили различные черты, характерные для семей с онкобольными детьми. Основное наполнение аффективной сферы детей содержит страх и тревогу. Объем аффектов, содержащих либидинозную мотивационную составляющую, у таких детей с возрастом снижается. При столкновении с фрустрирующей реальностью как дети, перенёвшие онкозаболевания, так и их родители, используют самозащитные формы поведения (более 60% тестируемых). Их характеризует наполненность страхом и тревогой, что замедляет развитие и разрешение таких важных жизненных аспектов, как удовлетворение потребностей или преодоление препятствий. Уровень хронической усталости у наших пациентов возрастает с увеличением возраста и в старший подростковый период (перед выходом в социум) коли-

чество пациентов с синдромом хронической усталости достигает 63% от общего количества пациентов данной возрастной группы.

В нашей терапевтической работе мы видим, что состояние взрослых в семье может влиять на ребенка значительно сильнее психотерапевтического воздействия. Внутреннее состояние матерей не позволяет им выполнять контейнирующие и поддерживающие родительские функции в полном объеме. Для полноценной психологической реабилитации желательны, и в ряде случаев необходимы, консультации членов семьи и родственников пациента, поиск уязвимых мест в семейных взаимоотношениях. Во время нахождения детско-родительской пары в реабилитационном центре крайне важно понять и визуализировать состояние родителей и определить фокусы работы.

### Литература

1. Винникотт Д.В. *Семья и развитие личности. Мать и дитя*. М., 2004....
2. Винникотт Д. В. *Разговор с родителями. Независимая Фирма «Класс»*, 1994.
3. Дольто Ф. *На стороне ребенка*, СПб, 1997.
4. Кляйн М. *Детский психоанализ*, М., 2016...
5. Кляйн М. *Психологические труды. В 7 томах.* – Ижевск. - 2008
6. Малер М. и др. *Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация. Когито-Центр, М., 2011*
7. Фрейд А. *Норма и патология в детстве : оценка детского развития*, М., 2016

## «РАВНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ», КАК НОВЫЙ ФЕНОМЕН В ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Ларюшина О.Д., онкопсихолог, Фонд социальных программ поддержки женщин «Александра», Саратов*

### Актуальность

За последние годы на новый уровень вышли медицинские технологии в лечении онкологических заболеваний, тем самым значительно увеличив уровень выживаемости больных, а значит крайне актуальным становится вопрос о качестве жизни пациентов, которое зависит не только от методов лечения, но и от психоэмоционального состояния.

Также в последние годы набирает обороты движение Равного консультирования, в том числе и в вопросах поддержки онкопациентов.

Равный консультант — это человек, прошедший специальное обучение, обладающий эмпатией, навыками общения, оказывающий информационную и/или эмоциональную, и/или практическую поддержку, опираясь на свой личный опыт проживания схожей ситуации.

Т.е. это человек, имеющий опыт постановки ему диагноза, прохождения лечения, а также всех стадий психологической, физической и социальной адаптации к заболеванию. Более того, пройдя этот непростой путь, у него возникает желание, или даже потребность, делиться своим опытом, оказывать поддержку другим пациентам.

Изучение феномена «Равный консультант» дает нам возможность зафиксировать изменения, что претерпевает личность в момент обучения равному консультированию, а также в моменты взаимодействия Равного консультанта с пациентом, у которого впервые был установлен онкологический диагноз. Эти исследования дают нам возможность использовать полученные данные в психотерапевтической, коррекционной работе, направленной на повышение качества жизни пациентов и их психоэмоционального состояния.

Актуальность работы состоит в том, что неразработанным является вопрос об изучении феномена «Равный консультант», а также его влияние на качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов онкологического профиля, а следовательно, и на прогноз выживаемости.

### Цель исследования

Изучить феномен «Равный консультант», а также его влияние на качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов онкологического профиля.

### Используемые методы и методологии

Методы исследования: теоретические (анализ научно-медицинской литературы, анализ статистических данных); эмпирические (формирующий эксперимент, анкетирование, количественная и качественная обработка результатов исследования); методы математико-статистического анализа полученных данных.

Методики исследования:

- 1) Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form) (MOS SF-36).
- 2) Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).
- 3) Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки.
- 4) Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова.

### Краткое описание исследования

Исследование стало возможным благодаря поддержке Фонда социальных программ и поддержки женщин «Александра». Командой Фонда с участием коллег из других НКО нашей страны, а также опираясь на опыт зарубежных коллег, была разработана программа по обучению Равных консультантов.

Отбор респондентов проводился по следующим критериям: онкологический диагноз в анамнезе, с завершения основного этапа лечения прошло не менее 6 месяцев, желательно более года, стабильное психическое состояние (для определения которого использовались методики упомянутые выше), желание участвовать в программе обучения и готовность оказывать поддержку другим пациентам онкологического профиля. В исследовании участвовала 68 человек, 19 из которых не закончили обучение по различным причинам.



У многих респондентов был повышен уровень стресса и тревожности. Показатели депрессии и агрессивности находились в пределах среднего уровня.

Также у каждого респондента был определен уровень неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем.

Процесс обучения подразумевает получение равным консультантом определенных навыков и компетенций для выполнения конкретных задач в своей трудовой деятельности. Реализуемой в соответствии с законодательством РФ, соблюдая Кодекс Равного консультанта, а также опираясь на 8 качеств осознанного консультирования. Обучение состоит из трех пластов. Теоретического, практического и поддерживающего.

Теоретическая часть содержит информационный материал, о психологических стадиях адаптации к заболеванию, о возможных стратегиях совладания с недугом, о внутренней картине болезни.

В процессе обучения респонденты приобретают следующие навыки: рефлексии, эмоциональной регуляции, выстраиванию и удержанию личностных границ, навыки коммуникации, эмпатического слушания, развивает толерантность к разности взглядов, грамотной конфронтации и т.д.

Обучаются инструментам по профилактике выгорания.

Все полученные навыки отрабатываются и закрепляются на практических занятиях между РК при поддержке наставников и супервизоров.

Так же регулярно проводятся интервизии и группы поддержки.

Встречи с привлеченными специалистами в разных областях для расширения информационной осведомленности.

По прохождению обучения РК приступают к непосредственной работе с пациентами. В процессе работы анализируют свои чувства, возникшие до, во время или после консультации, осознают триггеры, умеют отрефлексировать эмоции и при необходимости обратиться за помощью.

Фонд продолжает поддерживающие индивидуальные супервизии и групповые встречи, где разбираются рабочие кейсы и есть возможность получить поддержку коллег и наставников.

Диагностические методики были апробированы на группе респондентов после прохождения обучения. (Промежуточные результаты исследования.)

Следующее применение диагностических методик будет проведено через 6-9 месяцев после окончания обучения.

## Сравнительный анализ результатов исследования

Группа респондентов до прохождения обучения – контрольная группа.

Группа РК прошедших обучение – экспериментальная группа.

Количественный анализ данных по шкалам депрессии выявил, что у респондентов как в экспериментальной, так и контрольной группах, не выявлены лица с выраженным уровнем депрессии. В контрольной группе, количество лиц с умеренным уровнем депрессии составило 25 %. У респондентов в экспериментальной группе депрессия отсутствует у 25,8 %, в то время как в контрольной группе депрессия отсутствует у 13 %.

Анализируя средний балл уровня депрессии, мы видим, что для испытуемых контрольной группы характерен средний и лёгкий уровень депрессии, тогда как у испытуемых экспериментальной группы депрессия минимальна.

Применение U-критерия Манна-Уитни позволило выявить статистически значимые различия (при  $p < 0,001$ ) по уровню депрессии в экспериментальной и контрольной группах.

Психологические факторы оказывают воздействие на способность пациентов справляться с повседневными задачами. С этой тематикой тесно связана проблема агрессивности. Негативный настрой в отношении других, проявляющийся на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровнях свойственен пациентам онкологического профиля.

Проведённое нами исследование уровня агрессивности. Среднее значение уровня индекса враждебности, как и уровня индекса агрессивности, в контрольной группе выше, чем в экспериментальной. Однако, разница является незначительной. Т.к. в экспериментальной группе, так и в контрольной группе средний уровень индекса враждебности характеризуется как средний уровень нормы, а средний индекс агрессии характеризуется низким уровнем в двух группах. Обеим группам характерен средний уровень нормы обиды, подозрительности.

Также, группам испытуемых характерен низкий уровень физической и когнитивной агрессии. Применение U-критерия Манна-Уитни позволило выявить статистически значимые различия (при  $p < 0,05$ ) по уровню физической агрессии, экспериментальной группы, в сравнении с контрольной группой.

Стресс сказывается негативно на здоровье, со временем вегетативная система изнашивается и стресс перерастает в постоянную тревожность.

Общие результаты измерения ситуативной тревожности. Диапазон и степень ситуативной тревожности у экспериментальной и контрольной групп различается. В контрольной группе отсутствует процент лиц с низкой ситуативной тревожностью, а лица со степенью высокой ситуативной тревожностью составляют 75 %, в то время как в экспериментальной группе, лица со степенью высокой ситуативной тревожностью составляют 42,1 %. В экспериментальной группе, превалирует процент, имеющих умеренную ситуативную тревожность, тогда как в контрольной группе больший процент, имеющих высокую ситуативную тревожность.

В процентном соотношении в экспериментальной и контрольной группах, превалирует процент людей с высокой степенью личностной тревожности.

Средний балл тревожности в обеих группах как по шкале «ситуативная тревожность», так и по шкале «личностная тревожность» характеризуется как высокий уровень тревожности, но есть и различия в группах по шкале среднего балла личностной тревожности. Личностная тревожность в экспериментальной группе, которые прошли программу обучения, ниже, чем у респондентов в контрольной группе.

Результаты исследования как физического, так и психологического компонента качества жизни показали, что по всем шкалам в контрольной группе показатели ниже, чем у лиц, в экспериментальной группе. (Ролевая деятельность, телесная боль, жизнеспособность, социальное функционирование).

## Результаты

Полученные в ходе исследования данные показали результаты снижения уровня агрессивности, стресса, тревожности и депрессии. А также повышению уровня качества жизни, причем как физического, так и психического компонентов.

Экспериментальная часть исследования показала, что программа обучения РК, соответствует критериям коррекционной программы, оказывающий положительное влияние на психоэмоциональное состояние респондентов, что непосредственно сказывается на уровне качества жизни, а значит и на прогнозе выживаемости.

Из наблюдений: по завершению обучающего курса большинство РК проявляют заботу о своем состоянии, регулярно ведут дневники рефлексии, достаточно отдыхают, имеют в арсенале инструменты профилактики выгорания, умеют отказать в помощи другому, если сами пребывают в не-

сурсном состоянии. Знают, как восполнить свои эмоциональные и физические силы. Без стеснения обращаются за помощью, когда это необходимо.

Феномен «Равный консультант» — это личностный мотив, возникающий на фоне столкновения индивида с ситуацией угрозы жизни и/или здоровью. В такие моменты личность претерпевает ряд изменений. Переоценку жизненных ценностей. Возникает потребность делиться пережитым опытом, приносить пользу окружающим, быть частью сообщества.

Обучая РК Фонд дает возможность реализовывать имеющийся потенциал, а также в безопасных условиях и с грамотной поддержкой осуществлять пациентам терапевтическую работу над собой.

## Заключение

Обучение равному консультированию является психо-коррекционной работой положительно сказывающейся на качестве жизни и психоэмоциональном состоянии пациенток онкологического профиля. А оказание «равной» помощи способствует удовлетворению внутренних потребностей, формированию жизненного смысла и ощущению личностной ценности и реализованности собственного потенциала. Т.е. это еще одно направление в оказании психоэмоциональной поддержки подтвердившее свою результативность.

## Литература

1. Абабков В.И., Перре М. *Адаптация к стрессу*. СПб, 2004. – 165 с.
2. Аболин Л. М. *Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека*. – Казань, 1987 – 240 с.
3. Анцыферова Л.И. *Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита*// *Психологический журнал* 1994. – №1. – с. 3-18. Березин Ф.Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. – Л., 1988. – 267 с.
4. Бойцов, Борис Васильевич. *Концепция качества жизни: Life quality conception*/ Б. В. Бойцов, М. А. Кузнецов, Г. И. Элькин; *Акад. проблем качества*. – Москва: *Акад. проблем качества*, 2007 – 340 с.
5. Ганцев Ш.Х., Мустафин М.А., Ганиева Г.Ю., Файзуина А.В. *Психоэмоциональный статус онкогинекологических больных //Тез. респ. Научно-практич. конференции: Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии,- Уфа.: Башк.мед.ин-т, 1991. – С.37-39.*

6. Герасименко В.И., Артюшенко Ю.В. (ред.). Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина, 1988. – 270 с.
7. Гурылева М. Э. Проблема качества жизни в медицине. – Нальчик: Эль-Фа, 2007 – 347 с.
8. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса.- Москва: Акад. проект, 2009 – 360 с.
9. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома: Студия оперативной полиграфии «Аквантитул», 2004. – 344 с.
10. Малкина–Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе. // Московский психологический журнал. – 2005. № 12. – С. 10-15.
11. Мудров К. Стратегии совладания с жизненными трудностями: Теоретический анализ. //Социология и социальная антропология. 1998. Т.1. – С. 37–47.
12. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания. Автореф. дисс. докт. псих, наук, М.,1993 – 120 с. И т.д.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТА КАК ЗНАЧИМЫЙ АСПЕКТ РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Магомед-Эминов М.Ш.**, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологической помощи и ресоциализации факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

**Уклонская Д.В.**, доктор педагогических наук, доцент, профессор кафедры логопедии ИСОиП МГПУ, логопед онкологического отделения №2 (опухолей головы и шеи) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-МЕДИЦИНА», Москва

**Зборовская Ю.М.**, инженер кафедры психологической помощи и ресоциализации факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

### **Актуальность**

Проблема речевой реабилитации пациентов, страдающих опухолями головы и шеи, приобретает высокую значимость. Стремительное развитие медицинской науки способствует повышению процента выживаемости пациентов данного профиля, а специфические послеоперационные нарушения речевой функции, а также функций дыхания и глотания, требуют своевременной психолого-педагогической помощи, включающей курс логопедического воздействия с психологическим сопровождением.

Средняя продолжительность речевой реабилитации составляет около 6 месяцев. Восстановительные мероприятия начинаются в стационаре и продолжаются амбулаторно до достижения максимально возможного результата. Однако на постгоспитальном этапе значительное число пациентов (до 42%) завершают занятия в силу различных обстоятельств, несмотря на то что прохождение полного курса коррекционно-педагогического воздействия позволяет достичь полного восстановления или значительного улучшения речевой функции в 94% случаев и тем самым значительно снизить процент инвалидизации.

### **Материалы и методы**

В разные периоды исследований под нашим наблюдением на базе онкологического отделения №2 (опухолей головы и шеи) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-МЕДИЦИНА» находились до 75 человек (мужчины и женщины от 23 до 82 лет) после хирургического лечения опухолей головы и шеи различной лока-



лизации. Все пациенты проходили курс коррекционно-педагогических занятий с индивидуальным подбором логопедических технологий. Психолого-педагогическое обследование включало оценку уровня реабилитационного потенциала, а психологическое сопровождение реабилитационных мероприятий осуществлялось, в том числе, при помощи ряда бесед в русле деятельностно-смыслового подхода.

### **Результаты и их обсуждение**

Комплексный анализ полученных данных выявил положительное влияние успешного течения реабилитационного процесса на динамику реабилитационного потенциала пациентов (число пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала выросло с 2,7% до 69,3%) и их психологического состояния, а также острую необходимость формирования специальной реабилитационной мотивации, способствующей стабильному прохождению пациентом полного курса логопедических занятий, так как речевая реабилитация после хирургического лечения опухолей головы и шеи требует не только значительных временных ресурсов, но и особой смысловой работы личности пациента во взаимодействии со специалистами и родными.

### **Заключение**

Современные достижения логопедии позволяют в большинстве случаев восстановить нарушенную или утраченную в результате операции речевую функцию и, таким образом, существенно снизить процент инвалидизации. В целях повышения эффективности восстановительных мероприятий необходимо осуществление психологического сопровождения пациентов в течение всего реабилитационного процесса, включающего формирование устойчивой специальной реабилитационной мотивации.

## **ПРОЕКТ «СЧАСТЬЕ И ЗДОРОВЬЕ – СЕГОДНЯ, ЗАВТРА И ВСЕГДА. МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ» И ДНЕВНИК ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ «ДЕРЕВО ЖИЗНИ» КАК ОПОРНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОЕКТА**

*Михайлова М.С., психолог Алтайской краевой общественной организации «Вместе против рака», Барнаул*

*Иванова Л.И., президент Алтайской краевой общественной организации «Вместе против рака», Барнаул*

«Счастье и здоровье – сегодня, завтра и всегда. Многоуровневая система психологической поддержки онкологических больных» – проект, осуществляемый АКОО «Вместе против рака» с июля 2023 г. в Барнауле, Бийске и Рубцовске.

### **Цель**

Внедрение в Алтайском крае многоуровневой системы психологической поддержки онкологических больных, их родных и близких.

### **Задачи**

Разработать, запустить и распространить общедоступный письменный психологический инструмент самоподдержки онкологических больных. Стабилизировать психоэмоциональное состояние онкопациентов в процессе прохождения онкологического лечения и на этапе реабилитации. Сформировать позитивные целевые установки на выздоровление и уменьшение воздействия психологических факторов на эмоциональное состояние целевых групп. Информировать онкологических больных, их родных и близких о местах получения медицинской, психологической и других видах помощи в Алтайском крае, а также об общедоступных инструментах самопомощи.

### **Уровни и методы психологической поддержки, заложенные в проекте:**

- 1) Психологическая диагностика: анкетирование, беседы; дневник выздоровления для онкопациента.
- 2) Психологическая коррекция: мультимодальная арт-терапевтическая программа; дневник выздоровления для онкопациента.
- 3) Психологическое консультирование: индивидуальные психологические консультации; выездной семинар-тренинг; дневник выздоровления.

- 4) Психологическое просвещение: информационно-просветительское сопровождение онкопациентов и их близких (беседы, буклеты, дневник).

### **Дневник выздоровления**

«ДЕРЕВО ЖИЗНИ» – опорный инструмент многоуровневой программы. С июля 2023 года в Алтайском крае осуществляется внедрение и апробация инновационного инструмента самоподдержки.

**Инструмент – синтетическая форма:** психологический дневник, рабочая тетрадь, личная история онкологического пациента.

### **Смысловые и функциональные «слои»: что получает человек, работающий с дневником?**

- 1) Сборник полезной актуальной информации для онкопациента.
- 2) Набор психологических техник (КПТ, арт-терапия, мандалотерапия, ТОП, аффирмации, письменные практики (фрирайтинг, письма себе, дневниковые записи, квадрат Декарта и пр.). Какие задачи решают техники: первичная поддержка, снижение интенсивности трудных чувств и состояний; работа с тревогой, страхом, гневом, обидой; работа с деструктивными убеждениями; поиски ресурсов для выздоровления; исследование собственных потребностей; снятие внутренних конфликтов; выстраивание позитивного образа будущего и т. д.
- 3) Пространство для дневниковых записей: страницы для размещения чувств, исследования себя и планирования будущего; «Золотые строки благодарности», повторяющиеся страницы, рассчитанные на регулярное (ежедневное, еженедельное) заполнение, где участник проекта учится замечать свои внутренние изменения, усилия и достижения.
- 4) Ролевая модель: «я смог/-ла, и ты сможешь» (дневник разработан психологом с прожитой онкологической историей; интонация диалога в дневнике, «закадровый голос» – психолог, собеседник, проводник). Послание «Ты не один».

### **«Рамочная» концепция дневника:**

«Я – Автор»: переключение из позиции «жертвы» обстоятельств в позицию борца/хозяина/автора собственной жизни.

Дневник рассчитан на девять месяцев работы: метафора созревания новой жизни. Рекомендованный темп выполнения техник – раз в неделю: итого 39 недель – 39 разделов («встреч» – с новыми знаниями, глубинными открытиями, самим собой в пространстве дневника).

### **Организация работы с дневником:**

Распространяется психологами в онкодиспансерах городов Барнаул, Бийск, Рубцовск, отделениях реабилитации АКОД «Надежда» (Барнаул), центре реабилитации «Территория здоровья» (Барнаул).

Психологическое сопровождение: индивидуальные консультации по запросу; ежемесячный мониторинг состояния членов фокус-группы (обзвон, создание группового чата в WhatsApp); участие в групповой психологической работе (занятия аромаклуба, изотерапия, стихотерапия, школа пациентов) как часть программы реабилитации.

### **Контроль динамики психоэмоционального состояния участников программы:**

Первичное тестирование (Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) при получении дневника; повторное тестирование в конце программы; анализ динамики психоэмоционального состояния.

### **Заключение**

После завершения проекта (30.06.24 г.), получения результатов повторного тестирования и обратной связи от участников дневник будет доработан в соответствии с выявленными данными, и работа с дневником в рамках психологической поддержки онкопациентов будет продолжена.

### **Литература**

1. Аверкиева В. Свой путь. Дневник сепарации с родителями. Версия для взрослого ребёнка. – М.: Вариант – МАCards при участии ИП Лурко А.А., 2020. – 212 с., илл.
2. Вместе против рака: методические рекомендации по оказанию психологической поддержки онкологическим больным, людям с ограниченными возможностями здоровья, их родным и близким. – Барнаул: 2022. – 148 с.

## МОДЕЛЬ ПОСТПАЛЛИАТИВНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ ПОДОПЕЧНЫХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ «ИСКОРКА ФОНД»

*Никонова Е.В., психолог, БОД «Искорка Фонд», Челябинск*

*Мохова Т.А., менеджер службы тьюторов, БОД «Искорка Фонд», Челябинск*

По приблизительным оценкам в Челябинской области только в 2021 г. по разным причинам умерло 545 детей в возрасте от 0 до 19 лет. Только за период с июня 2021 года по октябрь 2023 года умерло 30 детей – подопечных нашего фонда. Их семьи, родственники и близкие друзья несомненно переживают горе – каждый по-своему. Однако, по разным причинам, не все из них могут своевременно получить квалифицированную помощь. Среди населения все еще сохраняется недоверие к работе психологических служб, не развита практика участия в группах поддержки, люди стараются избегать публичных проявлений горевания. С другой стороны, тема горя табуирована, отсутствует культура поддержки горюющих, сохраняется множество мифов о горевании и штампов поддержки.

Несмотря на то, что многие справляются с тяжелой утратой самостоятельно, могут возникнуть риски осложненного горевания, угроза целостности семьи и нарушение детско-родительских отношений [4,6,13]. По словам родителей, переживающих смерть ребенка, им приходится сталкиваться с неделикатностью окружения, отсутствием поддержки и социальной изоляцией. Возникают сложности в преодолении стресса, во взаимодействии внутри семьи, с друзьями и коллегами. Часто смерть ребенка выходит за границы обыденного представления о жизни, запускает глубокий экзистенциальный кризис, кризис веры и базовых убеждений. Смерть ребенка в семье также серьезно влияет на состояние сиблингов [2,9,10].

Для профилактики осложненного горевания необходимо целостное сопровождение семьи после смерти ребенка.

При планировании проектов команда БОФ «Искорка Фонд» опирается на опыт зарубежных коллег [3] и современные исследования [1,5,6,7,8,11,12,14,16]. В ходе разработки модели постпаллиативной психосоциальной реабилитации семьи коллективом БОД «Искорка Фонд» были выделены этапы и задачи реабилитации, представленные в Таблице 1.

Таблица 1.

### Этапы постпаллиативной психосоциальной реабилитации семьи

№	Этап реабилитации	Задачи
1	Подготовка медицинского персонала к сообщению информации о смерти ребенка	Профилактика ятрогении Профилактика эмоционального выгорания медицинских работников
2	Психологическое сопровождение в момент сообщения информации о смерти ребенка	Обеспечение безопасности Психологическая поддержка Информирование Медикаментозная поддержка при необходимости
3	Кризисное сопровождение до похорон	Информирование Психологическая поддержка Сопровождение
4	Социально-психологическое сопровождение в первый год после смерти ребенка	Профилактика осложненного и затяжного горевания
5	Психологическое сопровождение по запросу	Психологическая поддержка Психологическая коррекция

Для реализации модели психосоциальной реабилитации семьи применяются: индивидуальная беседа, психологическая диагностика, индивидуальное и супружеское консультирование, семейное консультирование. На 4 и 5 этапе реализации модели семьям и отдельным членам семей предлагается участие в реабилитационных мероприятиях: группа поддержки «Вместе», выездная программа «Семейные выходные», выездное мероприятие для всех подопечных фонда «Семейный сплав», ежегодное мероприятие «День Памяти». Также фонд поддерживает реализацию собственных проектов подопечных в память об умерших детях. Многие люди, конструктивно прошедшие через тяжелые испытания, проявляют филантропию и посвящают себя благотворительности.

Для достижения целей психосоциальной реабилитации семей необходимо разработать индивидуальный план мероприятий постпаллиативной реабилитации для каждой семьи, своевременно и деликатно информировать семьи о возможностях Фонда в постпаллиативной реабилитации, а также периодически отслеживать психологическое состояние членов семьи, находящихся на постпаллиативной реабилитации.

Риски и ограничения реализации предложенной модели психосоциальной реабилитации связаны с отсутствием у части целевой аудитории доверия реабилитационным мероприятиям, негативными предубеждениями и мифами подопечных Фонда и благотворителей относительно процесса горевания, вероятностью сокращения финансирования, территориальной доступностью реабилитационных мероприятий для подопечных. Необходима адекватная оценка эффективности реализуемых программ, однако в этой области отсутствует ясная отчетность и надежная методология [15], при разработке систем оценки эффективности неизбежно возникает этическая дилемма. Также остро стоит проблема эмоционального выгорания поддерживающих специалистов.

Деструктивные стратегии горевания значительно влияют на личностные качества горюющих, их социализацию и качество жизни в целом. Реализация реабилитационных проектов может помочь изменить общественные практики вокруг смерти и горя, создать более инклюзивное и сострадательное общество.

### Литература

1. Александрова О.В., Ткаченко А. Е., Кушнарёва И.В. Психологическая поддержка семьям тяжело болеющих детей: СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2018. – 66 с
2. Alexandra Eilegård, Gunnar Steineck, Tommy Nyberg, Ulrika Kreicbergs Psychological health in siblings who lost a brother or sister to cancer 2 to 9 years earlier // *Psychooncology*. 2013 Mar;22(3): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22351568/>
3. <https://www.barretstown.org/>
4. Irwin Sandler, Jenn-Yun Tein, Heining Cham, Sharlene Wolchik, Tim Ayers Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: Grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy // *Dev Psychopathol*. 2016 Aug;28(3): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427807/>
5. I S Nam Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study // *Psychol Med*. 2016 Jan;46(1): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26490710/>
6. Irwin Sandler, Jenn-Yun Tein, Heining Cham, Sharlene Wolchik, Tim Ayers Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: Grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy // *Dev Psychopathol*. 2016 Aug;28(3): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427807/>

7. Jason Castle & William L. Phillips. Grief Rituals: Aspects That Facilitate Adjustment to Bereavement// *Journal of Loss and Trauma*, published 1 January 2003 / <https://www.semanticscholar.org/paper/Grief-Rituals%3A-Aspects-That-Facilitate-Adjustment-Castle-Phillips/7d6a29c7c70746f497a4a4cc9db2b198dc642dbf>
8. Jennifer M Snaman, Erica C Kaye, Carlos Torres, Deborah V Gibson, Justin N Baker Helping parents live with the hole in their heart: The role of health care providers and institutions in the bereaved parents' grief journeys // *Cancer*. 2016 Sep 1;122(17): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27244654/>
9. Josefin Sveen, Alexandra Eilegård, Gunnar Steineck, Ulrika Kreicbergs They still grieve-a nationwide follow-up of young adults 2-9 years after losing a sibling to cancer // *Psychooncology*. 2014 Jun;23(6): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24347401/>
10. Katianna M Howard Sharp, Emily A Meadows, Madelaine C Keim, Adrien M Winning, Maru Barrera, Mary Jo Gilmer, Terrah Foster Akard, Bruce E Compas, Diane L Fairclough, Betty Davies, Nancy Hogan, Kathryn Vannatta, Cynthia A Gerhardt. The Influence of Parent Distress and Parenting on Bereaved Siblings' Externalizing Problems // *J Child Fam Stud*. 2020 Apr;29(4): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33343178/>
11. Kimberly L Schoonover, Larry Prokop, Maria I Lapid. Strategies for Bereaved Parents of Stillborn, Young Children, and Adult Children: A Scoping Review // *J Palliat Care*. 2022 Jul;37(3): Valuable Informal Bereavement Support / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354346/>
12. Maryam Pakseresht, Maryam Rassouli, Nahid Rejeh, Shahnaz Rostami, Salman Barasteh, Shahram Molavynejad Explore the Bereavement Needs of Families of Children With Cancer From the Perspective of Health Caregivers: A Qualitative Study // *Front Psychol*. 2021 Oct 18;12: / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34733216/>
13. Natalia A Skritskaya, Christine Mauro, Angel Garcia de la Garza, Franziska Meichsner, Barry Lebowitz, Charles F Reynolds, Naomi M Simon, Sidney Zisook, M Katherine Shear Changes in typical beliefs in response to complicated grief treatment // *Depress Anxiety*. 2020 Jan;37(1): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31804005/>
14. Omid Rasouli, Unni Karin Moksnes, Trude Reinfjell, Odin Hjemdal, Mary-Elizabeth Bradley Eilertsen ): Impact of resilience and social support on long-term grief in cancer-bereaved siblings: an exploratory study // *BMC Palliat Care*. 2022 Jun 1;21 (1) / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35641943/>
15. Tom Ainscough, Lorna Fraser, Joanna Taylor, Bryony Beresford, Alison Booth Bereavement support effectiveness for parents of infants and children: a systematic review // *BMJ Support Palliat Care*. 2022 Nov;12(e5): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31582385/>

16. Youngmee Kim, Aurelie Lucette, Matthew Loscalzo Bereavement needs of adults, children, and families after cancer //Cancer J. 2013 Sep-Oct;19(5): / <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24051619/>

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Пахомова Я.Н., старший научный сотрудник, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск;  
доцент, ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», Челябинск*

### **Актуальность**

По данным Всемирной организации здравоохранения прогнозируемое увеличение количества новых случаев рака в мире к 2040 году составит 63,1%, новых случаев смерти от рака составит 71,5% [1]. Рак молочной железы является наиболее распространенным видом рака среди женщин и связан с многочисленными факторами риска [1]. Центральное место в принятии решений относительно стратегии лечения рака молочной железы занимает точная и индивидуальная оценка риска неблагоприятного исхода заболевания. Психологические факторы риска неблагоприятного исхода позволяют обеспечить индивидуальный подход к лечению рака молочной железы.

### **Цель**

Цель данного исследования: выявить психологические особенности женщин с летальным исходом рака молочной железы. В исследовании приняли участие 220 женщин с раком молочной железы в возрасте от 30 до 80 лет (средний возраст 55,8; медиана 57), из них 11 женщин умерли в процессе прохождения лечения в возрасте от 31 до 72 лет (средний возраст 49,9; медиана 47). Далее был осуществлен сравнительный анализ психологических особенностей умерших женщин и женщин, оставшихся в живых. В качестве методик исследования выступили: тест жизненной ориентации (Ч. Карвер, М. Шейер, в адаптации Д.А. Циринг, К.Ю. Эвниной), опросник уровня субъективного контроля (Дж. Роттер, в адаптации Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинды), опросник особенностей совладающего поведения (Р. Лазарус, в адаптации Т.Л. Крюковой, М.С. Замышляевой, Е.В. Куфтяк), шкала базисных убеждений (Р. Янофф-Бульман, в адаптации А.В. Котельниковой, М.А. Падун). Сравнительный анализ был проведен при помощи статистического критерия U-Манна-Уитни, также использовались методы описательной статистики (среднее, стандартное отклонение).



## Заключение

Согласно полученным данным, для женщин, умерших от рака, характерны убеждение о собственной ценности и значимости ( $p = 0,05$ ), об удачливости ( $p = 0,046$ ), о возможности контролировать события своей жизни ( $p = 0,05$ ); выражены такие копинг-стратегии, как дистанцирование ( $p = 0,04$ ), самоконтроль ( $p = 0,05$ ), планирование решения проблемы ( $p = 0,03$ ) и положительная переоценка ( $p = 0,025$ ). Кроме того, им в большей мере свойственны интернальность в рабочих отношениях ( $p = 0,05$ ) и оптимизм ( $p = 0,034$ ).

Демонстрируемое психологическое благополучие парадоксальным образом связано с летальным исходом. Можно предположить, что это происходит в силу переоценок своих возможностей и недооценки последствий заболевания. Рассматривая данные указанных случаев летального исхода в качестве кейс-стади, были сделаны выводы о гипертрофированном ресурсном функционировании.

Данные результаты подлежат дальнейшему детальному изучению медицинскими работниками и психологами. Пристальное внимание к таким случаям, выявление данных о психологических факторах риска летального исхода позволит усилить прогностическую достоверность роли психологических факторов в течении смертельно опасной болезни. Полученные результаты могут применяться медицинскими работниками, клиническими психологами, психотерапевтами.

Работа выполнена при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

## Литература

1. Ferlay J., Ervik M., Lam F. et al. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Available from <https://gco.iarc.fr/today>.

## ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ БОЛЕЗНИ

*Пахомова Я.Н., доцент, старший научный сотрудник, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Челябинский государственный университет, Томск*

*Демчук М.А., младший научный сотрудник, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск*

*Воронина Н.В., младший научный сотрудник, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск*

По данным Всемирной организации здравоохранения прогнозируемое увеличение количества новых случаев рака в мире к 2040 году составит 63,1%, в то время как новых случаев смерти от рака 71,5% [2]. Лидирующее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женского населения сохраняет рак молочной железы. Актуальность исследования динамики психологических особенностей онкопациентов под влиянием болезни сохраняется в науке (медицинской, психологической), так и в практике лечения, в социальной политике государства.

Стресс, испытываемый женщинами с раком молочной железы, по поводу постановки диагноза, проводимого лечения, изменений, происходящих с телом, возможных финансовых и социальных трудностей, вероятности возникновения рецидива, играет важную роль в снижении качества жизни, прогрессировании рака и выступает в роли фактора, ведущего к изменению психологических особенностей пациенток с онкологическим диагнозом. В исследовании Chang и др. отмечается, что изменения внешности пациентов в процессе лечения (потеря или обезображивание груди, пигментация кожи, выпадение волос и др.) могут приводить к психологическому дистрессу, влекущему за собой изменение качества жизни женщин и их личностных особенностей (самооценка, особенности взаимоотношения с другими, отношение к миру и др.) [1].

С целью изучения динамики психологических особенностей женщин с раком молочной железы было организовано и проведено лонгитюдное исследование, включающее четыре среза (2019–2023 гг.). В исследовании приняли участие женщины с раком молочной железы, находящиеся под наблюдением онколога с момента постановки диагноза до 6 месяцев ( $N=206$ , 152, 96, 58 при первом, втором, третьем и четвертом срезах лонгитюдного

исследования). Методики исследования: опросник уровня субъективного контроля (адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда), тест жизнестойкости (адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), шкала базисных убеждений (адаптация М.А. Падун, А. В. Котельниковой), опросник способов совладания (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой), русскоязычная версия опросника качества жизни (SF-36), опросник личностной беспомощности (Д.А. Циринг, А.В. Степаненко), тест жизненной ориентации (в адаптации Д.А. Циринг, К.Ю. Эвниной). Методами математической статистики выступили методы описательной статистики, критерий Н-Краске-Уоллеса.

Сравнительный анализ эмпирических данных первого и четвертого срезов лонгитюдного исследования показал ряд значимых отличий. У женщин с раком молочной железы через 4-5 лет после постановки диагноза возросли показатели качества жизни, а именно субъективная оценка физического функционирования ( $p = 0,003$ ) и социальная активность ( $p = 0,04$ ), что свидетельствует об их психологическом благополучии. В ходе протекания болезни ригидность мышления ( $p = 0,05$ ), диагностического показателя личностной беспомощности, уменьшилась. Повысился уровень самооценки ( $p = 0,001$ ) женщин с раком молочной железы с момента постановки диагноза. В ходе течения болезни женщины с онкологическим заболеванием стали еще более экстернальны в отношении собственного здоровья ( $p = 0,002$ ). Таким образом, результаты лонгитюдного исследования демонстрируют нам качественное изменение ряда психологических характеристик женщин с раком молочной железы в связи с протеканием болезни. Данные изменения могут рассматриваться в контексте адаптации к болезни, роли в выживаемости женщин, ресурсов совладания с болезнью, роли в течение заболевания.

Таким образом, стресс, связанный с постановкой смертельно опасного диагноза, сопровождающий процесс лечения и последующую жизнь женщины, вызывает закономерные изменения психологических особенностей пациенток. Результаты оценки динамики психологических особенностей женщин с раком молочной железы на протяжении пяти лет способствуют лучшему пониманию роли психологических причин в выживаемости и течения болезни. Перспективами данного исследования является изучение динамики психологических особенностей женщин с раком молочной железы в соотношении с динамикой течения заболевания, детальное изучение изменений психологических особенностей женщин с раком молочной железы на каждом срезе проведенного лонгитюдного исследования.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

### Литература

1. Chang O., Choi E. K., Kim I. R. et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2014. 15 (20), pp. 8607-8612. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.20.8607>.
2. Ferlay J., Ervik M., Lam F. et al. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Available from <https://gco.iarc.fr/today>.

## РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗЕ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Пономарева И.В., кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории психофизиологии Научного исследовательского Томского государственного университета, Томск*

### Актуальность

Колоректальный рак (КРР) стал третьим наиболее часто диагностируемым типом рака в мире. К признанным факторам риска колоректального рака относятся ожирение, низкий уровень физической активности, неправильное питание и курение табака. Употребление алкоголя также является известным фактором риска развития колоректального рака[1]. Эксперты Всемирной организации здравоохранения утверждают, что снизить риск развития колоректального рака, возможно, приняв более здоровый образ жизни. По прогнозам абсолютное число случаев КРР в мире в следующие два десятилетия увеличится в результате роста населения в целом и его старения как в развитых, так и в развивающихся странах[2]. Исходя из того, что колоректальный рак связан с образом жизни, важно лучше понимать поведенческие и психологические особенности личности, связанные со стратегией отношения к себе и своему здоровью, своевременным обращением за медицинской помощью, постановкой диагноза и течением болезни, чтобы разработать более конкретный план профилактики и вмешательства.

### Цель исследования

Выявить психологические особенности больных колоректальным раком, связанные со стадией верификации онкологического диагноза и прогнозом исхода заболевания.

### Используемые методы и методологии

У 72 пациентов с диагнозом колоректальный рак были измерены копинги, качество жизни и жизнестойкость, а также зафиксированы клинические и социально-демографические переменные. Дизайн исследования предполагал изучение связи стадии рака и прогноза исхода заболевания, а также роль психологических переменных в своевременности постановки диагноза (стадия) и прогнозировании исхода онкозаболевания.

### Результаты

Нами проведен анализ связи стадии постановки диагноза колоректального рака и прогноза исхода заболевания. Значения критерия  $\chi^2$  (9,27) и значение  $p$ -уровня (0,026) свидетельствуют о связи данных номинативных переменных.

Результаты регрессионного анализа свидетельствуют о том, что между стадией колоректального рака участников группы и стратегией совладающего поведения бегство-избегание имеется линейная, однако коэффициент корреляции указывает, что данная связь является слабой, величина  $R^2$  свидетельствует, что 13,6% дисперсии переменной стадия верификации диагноза обусловлена влиянием со стороны переменной бегство-избегание, а также значение  $F$ -критерия и значимость  $p$  свидетельствуют о воздействии на зависимую переменную.

Результаты дискриминантного анализа свидетельствуют о том, что на распределение участников исследования на группы с различным прогнозом исхода болезни достоверно влияют принятие риска (показатель жизнестойкости), поиск социальной поддержки и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, интенсивность боли, положительная переоценка ( $\lambda = 0,572$ ,  $p = 0,001$ ). Вероятность верного предсказания составила 85,4%.

Также нами определены коэффициенты канонической дискриминантной функции, которые характеризуют вклад каждой переменной в значение дискриминантной функции с учетом влияния остальных переменных. Так, наибольший вклад в значение дискриминантной функции, разделяющей участников исследования с различным прогнозом исхода колоректального рака, вносят принятие риска (-0,846), поиск социальной поддержки (0,546), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (0,501), интенсивность боли (-0,355) и положительная переоценка (0,279).

Итак, стадия верификации колоректального рака связана с прогнозом исхода рака, чем позднее верифицирован колоректальный рак, тем более неблагоприятный прогноз исхода онкологического заболевания. Копинг по типу бегство-избегание связан со стадией верификации колоректального рака: выраженное избегание связано с поздней стадией верификации. Копинги поиск социальной поддержки и положительная переоценка, интенсивность боли и ролевое функционирование, а также принятие риска играют значимую роль в системе факторов, определяющих прогноз исхода колоректального рака.



## Заключение

Подводя итоги, в результате изучения роли психологических особенностей больных колоректальным раком в своевременности верификации онкологического диагноза, а также прогноза исхода заболевания получены психологические переменные, опосредующие стадию постановки диагноза, а также модулирующие благоприятный или неблагоприятный исход течения заболевания колоректального рака. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять сложность личности и ее роль в позднем обращении за медицинской помощью, а значит и поздней верификации диагноза колоректального рака, и неблагоприятного исхода заболевания. Полученные данные будут полезны клиническим психологам, оказывающие сопровождение онкобольных, с целью коррекции поведения, связанного с выполнением назначений врача, своевременным обращением за медицинской помощью.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда 21-18-00434 «Психологические предикторы благоприятного и неблагоприятного течения онкологических заболеваний наиболее частых локализаций» (<https://rscf.ru/project/21-18-00434/>).

## Литература

1. *Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. CA Cancer J Clin. 2018; 68(1): 31-54. doi:10.3322/caac.21440*
2. *Morgan E, Arnold M, Gini A, et al Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN Gut 2023;72:338-344*

## «ВОЛЯ К ЖИЗНИ» КАК КЛЮЧЕВОЕ ПОНЯТИЕ ДЛЯ АДАПТАЦИИ МЕТОДИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ «CHILD LIFE» ПОДХОДА В ОНКОПСИХОЛОГИИ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОЛОЖЕНИЙ О ВОЛЕ Л.И. БОЖОВИЧ)

*Прихотько В.А., психолог, кандидат философских наук, директор АНО «Студия социально-психологической поддержки и сопровождения родственников онкологических больных «Воля к жизни», Владивосток*

При исследовании психологических проблем у детей, имеющих диагноз онкологического заболевания или столкнувшихся с болезнью близкого, отчетливо высвечивается феномен «картина болезни», связанный с субъективным восприятием ситуации и реакции на неё. В процессе развития психических функций такое представление выступает как фактор, способный привести к нарушению созревания структур личности, к которым относится воля к жизни. Проблема заключается в том, что, как и взрослый, ребёнок имеет смыслы, но не всегда способен их осознать, тем более, вербализовать. В ходе эмпатического взаимодействия специалистам помогающих профессий необходимо понимание того, что есть нормальная реакция, а какие проявления требуют дополнительного уточнения и прояснения.

В настоящее время в онкологической практике получили распространение методики «Child life» подхода, учитывающие детский возраст и основные потребности. Подкрепление желательного поведения ребёнка воодушевляющими технологиями не всегда затрагивает глубинные смыслы мотивационной сферы, мы полагаем, что сотрудничество с врачами в процессе лечения способствует возникновению стремления жить и выжить при наличии определённых условий. Следовательно, ответив на два вопроса, что является движущей силой развития психических функций в естественных условиях взросления и что изменяется при сенсорной, эмоциональной, социальной депривации, мы смогли бы приблизиться к тому, что скрывается за неочевидным смыслом жизни ребёнка. Признавая актуальность и ценность «Child life» подхода в современных условиях здравоохранения, попытаемся обратиться к понятию о воле в наработках отечественных психологов для последующей адаптации наиболее эффективных способов поддержания желания жить, предлагаемых западными коллегами.

Гипотетические предположения ученых, признающих наличие и существование сензитивных периодов, считаем наиболее перспективными в данном исследовании, так как примерная хронология возрастных отрезков позволяет сориентироваться в процессе формирования определенной

функции или мотива. Труды Л.И. Божович содержат ценные положения и обращают внимание читателей на не до конца исследованные теории относительно воли как волевой структуры человеческой личности. В основе феномена лежит обозначенный Л.С. Выготским механизм, согласно которому происходит овладение своим поведением через его опосредствование культурным знаком. Коллектив авторов полагает, что человеку присуща **познавательная активность** в распознавании и осмыслении усложняющейся информации, постепенно он становится способным ставить себе цели и достигать их.

Проявления познавательной активности на всех этапах взросления различны. Первичная *потребность во внешних впечатлениях*, появляющаяся на 3-5-й недели жизни ребенка, является как будто не насыщаемой, снимается утомлением, но она имеет перспективный характер и связана с созреванием коры головного мозга. Автор замечает, что удовлетворение потребности в познании вызывает эмоционально-положительные переживания, что в свою очередь, качественно преобразует познавательную активность человеческой деятельности.

Так, придерживаясь положения о последовательном развитии воли в онтогенезе, Л.И. Божович приближается к современному взгляду на феноменологическое многообразие воли. Внутренняя позиция, раз возникнув, становится присущей человеку на всех путях его жизненного пути. В этой связи исследователь характеризует различные ипостаси внутренней позиции в онтогенезе: у ребёнка и взрослого она выражается в стремлении к более взрослому положению в жизни, в период зрелости к положению, наиболее соответствующему запросам и возможностям субъекта (как это ему представляется), в период старости – в желании сохранить то положение в жизни, которое он занимал раньше [1, С. 23].

На основе изучения качественных изменений, характерных для раннего детства, можно наблюдать перенаправление познавательной активности от реальных внешних предметов, удовлетворяющих эти потребности, на образы, представления, а затем и на понятия ребенка. В раннем детстве формирующееся детское мышление подчиняется наиболее сильному из конкурирующих мотивов. Иерархическая структура желаний существует, но деятельность носит произвольный характер. Взрослый ставится образцом для подражания. Благодаря новообразованию, обеспечивающему связь между аффектом и интеллектом, отмечается возникновение образов и представлений. В процессе развития ролевой, творческой игры требования и оценки взрослого переходят к детской системе ценностей. На

первом этапе овладения моральными нормами – побуждающий мотив – это одобрение взрослого, непосредственное переживание того, что так и надо. Новообразованием к концу дошкольного периода является умение соподчинять мотивы своего поведения и деятельности и зарождение самооценки.

Развитие познавательных психических процессов в младшем школьном возрасте характеризуется появлением самоконтроля, заметно, что из действий произвольных, совершающихся непреднамеренно в контексте игровой или практической деятельности ребенка, они превращаются в самостоятельные виды психической деятельности, имеющие свои цель, мотив и способы выполнения: запоминание и запечатление – в деятельность целенаправленного, произвольного заучивания, восприятие – в деятельность наблюдения, мышление – в деятельность размышления [1, С. 220].

Каждый этап психического развития, по мнению группы ученых, характеризуется тем, что одни психологические особенности развиваются, другие перестраиваются, сокращаются и/или исчезают бесследно. Самосознание, например, не появляется, а развивается, в подростковом возрасте приобретает качественно новую форму развития. Л.И. Божович называет школьников старших классов *обращенными в будущее*. Их способность улавливать и учитывать междисциплинарные связи – основа формирования мировоззрения.

Таким образом, на основании возрастающей силы познавательной активности детям свойственна потребность в самоутверждении: необходимости утвердить взрослость в глазах окружающих. Стремление «быть взрослым» означает больше узнать, понимать и многому научиться. Это и есть критерий, по которому необходимо судить о норме или патологии психического развития.

Индивидуально-личностный подход к заболевшему ребёнку или к тому, кто испытывает смешанные чувства по поводу болезни близкого, предполагает по возможности не только целостное изучение ситуации развития, анализ объективных условий жизни, положения в семье и семьи в обществе, но, что самое главное, представления самого ребёнка о данных обстоятельствах. Учёт условий и внутренней позиции позволит детальнее рассмотреть соотношение требований и ожиданий со стороны среды, а также имеющихся возможностей самого ребёнка. Это соотношение является полем возникновения новых потребностей, желаний, стремлений, составляющих специфическую для данного возраста мотивационную систему личности.

Активизация воли к жизни в практике онкопсихологов происходит на основе предлагаемых технологий «Child life» подхода. Учитывая познавательную активность и стремление утвердить себя как взрослого в глазах окружающих, предлагаем акцентировать внимание на таких смысловых вопросах в процессе эмпатического слушания, в которых ведущая роль принадлежит *аналитической рассудительной деятельности ребёнка с выявлением его внутренней позиции*. Для этого необходимо распланировать каждый вопрос на языке, понятном для восприятия человеком определенного возраста. Данный сложный путь к самопознанию через анализ ситуации более полезен и ценен для формирования структуры личности, чем получение готового удовольствия в виде вознаграждения или зрелища. В рассмотренном нами контексте смысловой барьер в семье могут вызвать следующие темы: физические ограничения по причине заболевания (восприятие запрета определенных продуктов питания, телесных движений, зрительных и других стимулов и т.д.); социальные ограничения (общение с близким кругом лиц, вынужденные расставания с родными, «друзья по больнице», страх врачей и медицинских манипуляций); осмысление медицинскими работниками, представителями семьи и ребёнка (в качестве пациента, сиблингов, знакомых и друзей) методических рекомендаций по преодолению тяжести заболевания. Дальнейшее обсуждение данных тем и вопросов научным сообществом высветит методики, техники, технологии, приемы, которые считаются действенными для сохранения физического и душевного равновесия семьи как системы в современном российском обществе.

### Литература

1. Божович Л.И. *Личность и ее формирование в детском возрасте*. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
2. Толстых Н.Н. *Теория Л.И. Божович: личность, психика, индивидуальность // Культурно-историческая психология*. 2019. Т. 15. № 2. С. 85–90.

## БОЛЬНИЧНЫЕ КЛОУНЫ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ СТРЕССА У ДЕТЕЙ-ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ БОЛЕЗНЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Седов К.С., арт-директор АНО «Больничные клоуны», Москва*

### Актуальность

В последние 10 лет участились отказы родителей и детей от наркоза во время пункций, по причине неблагоприятных для мозга последствий частого принятия наркоза [1]. В связи с этим актуализируется немедикаментозная поддержка детей в процедурных и предоперационных палатах [4]. Одним из возможных средств психологической помощи и отвлечения внимания для снятия тревоги и стресса является использование ресурса больничных клоунов.

### Цель исследования

Цель исследования — анализ литературных источников с целью обоснования правомерности использования ресурса больничных клоунов для снижения стресса у пациентов-детей перед, во время и непосредственно после болевой процедуры.

### Используемые методы и методологии

Литературный обзор зарубежных научных источников с описанием кейсов из опыта практической работы АНО «Больничные Клоуны» в качестве базы для будущих научных исследований в России

### Основные положения

В работе больничного клоуна можно выделить следующие положительные эффекты [2]:

- 1) когнитивный; отвлечение от медицинской процедуры;
- 2) физиологический: высвобождение эндорфинов, стимулирующих иммунную систему, снижение частоты сердечных сокращений и артериального давления, уменьшение боли;
- 3) социальный: улучшение социального взаимодействия между пациентом и окружающими людьми, в том числе медицинским персоналом;

4) эмоциональный эффект: индуцирование положительных эмоций в сочетании со снижением тревожности.

При использовании ресурса больничных клоунов были отмечены следующие позитивные изменения:

- при взаимодействии с больничным клоуном предоперационная тревожность ребенка-пациента снижалась аналогично использованию мидазолама; при совместном использовании эффект мидазолама усиливался [3];
- использование ресурса больничных клоунов – единственное немедикаментозное воздействие на ребенка-пациента перед и во время индукции анестезии, достоверно снижающее тревожность [7];
- при взаимодействии с больничным клоуном ребенок-пациент испытывал меньший стресс от разлуки с родителями [2];
- дети-пациенты, имевшие возможность общаться с больничными клоунами, имели более низкие показатели тревожности и более высокую концентрацию окситоцина [8];
- родители оценивали благополучие своих детей выше, если их ребенок имел контакт с клоуном, а также были более склонны рекомендовать клинику другим семьям [9];
- ресурс больничных клоунов в составе операционной бригады позволяет снизить предоперационную тревожность детей, как следствие – снижает количество седативных препаратов, приводит к сокращению общего времени пребывания в стационаре, тем самым снижая общую стоимость лечения [5];
- больничные клоуны посредством арт-терапии решают задачи подготовки ребенка-пациента к управлению болью, помогают пережить боль, учат справляться с болью [6];

## Выводы

Использование ресурса больничных клоунов способствует развитию психосоциальной помощи госпитализированным детям при острых болезненных процедурах и является недооцененным ресурсом для снижения стресса у пациентов-детей.

## Литература

1. Dionigi A, Gremigni P. A combined intervention of art therapy and visits to reduce preoperative anxiety in children. *J Clin Nurs*. 2017 Mar; 26. Italy.
2. Dionigi A. Clowning as a Complementary Approach for Reducing Iatrogenic Effects in Pediatrics. *AMA J Ethics*. 2017 Aug 1. Italy.
3. Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth*. 2009 Mar; Israel.
4. ICAL Linda Miller Van Blerkom. Clown Doctors: Shaman Healers of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 9, No. 4 (Dec,1995), USA
5. Kocherov S, Hen Y, Jaworowski S, Ostrovsky I, Eidelman AI, Gozal Y, Chertin B. Medical clowns reduce pre-operative anxiety, post-operative pain and medical costs in children undergoing outpatient penile surgery: A randomised controlled trial. *J Paediatr Child Health*. 2016 Sep;52. Israel.
6. Kristensen HN, Sorensen EE, Stinson J, Thomsen HH. We do it together! An Ethnographic Study of Alliance Between Child and Hospital Clown During Venipunctures. *J Pediatr Nurs*. 2019 May – Jun. Denmark.
7. Manyande A, Cyna AM, Yip P, Chooi C, Middleton P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 14;(7). UK.
8. Rimon A, Shalom S, Wolyniez I, Gruber A, Schachter-Davidov A, Glatstein M. Medical Clowns and Cortisol levels in Children Undergoing Venipuncture in the Emergency Department: A Pilot Study. *Isr Med Assoc J*. 2016 Nov; 18. Israel.
9. Scheel T, Hoepfner D, Grotevendt A, Barthlen W. Clowns in Paediatric Surgery: Less Anxiety and More Oxytocin? A Pilot Study. *Klin Padiatr*. 2017 Sep; 229. Germany.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В НЕКОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ

*Скворцова А.К., психолог; выпускница Московского Государственного Университета имени М. В. Ломоносова 2023 года, Москва*

### Актуальность

Родители неизлечимо больных детей испытывают хронический стресс, что может привести к физическому и эмоциональному истощению. Тема является актуальной, так как лучшее понимание переживаний, способов совладания, а также ресурсов родителей предоставляет новые возможности оказания эффективной психологической помощи.

### Цель

Выявление ресурсов преодоления в ситуациях с низким уровнем субъективного контроля на примере неизлечимой болезни ребёнка.

### Методы исследования

В исследовании применялись как стандартизированные опросники, так и методики, позволяющие получить качественные данные. Были использованы следующие диагностические инструменты:

- 1) опросник Когнитивное оценивание трудной жизненной ситуации (КО ТЖС, Битюцкая, 2007а; Битюцкая, Корнеев, 2021);
- 2) опросник Типы ориентаций в трудных ситуациях (ТОРС, Битюцкая, Корнеев, 2020);
- 3) опросник способов копинга (ОСК, Битюцкая, 2015);
- 4) методика структурированного описания ситуации, позволяющая получить качественные данные, и рисуночная методика «Моя трудная жизненная ситуация» (Битюцкая, Карцева, 2013).

### Заключение

- 1) Анализ оценок ситуации показал, что участники выборки хосписа (по сравнению с «нормативной» выборкой) выше оценивали затруднения

при прогнозировании ситуации, интенцию незамедлительно принимать решения, а также необходимость высоких затрат ресурсов и усилий. Наличие сильных отрицательных эмоций, состояние напряжения оценивалось выше в выборке условной нормы, многие же родители хосписа воспринимали сложившуюся ситуацию как благо или ситуацию, имеющую смысл. Это может быть связано с адаптацией наших участников исследования к хроническому стрессу и положительной переоценкой ситуации. Ещё одним результатом данного исследования стала субъективная оценка высокого контроля над ситуацией в объективно неподконтрольном положении неизлечимого заболевания ребенка («эффект превышения контроля», Битюцкая, Корнеев, 2023). Это связано с соблюдением режима процедур лечения, поддержкой врачей, психологов, окружения.

- 2) Анализ ориентаций в трудной ситуации показал, что участники нашей выборки (по сравнению с «нормативной» выборкой) чаще указывали на высокую трудоемкость задачи и максимальные затраты усилий в ситуации неизлечимой болезни ребенка, отмечали важность опоры на социальное окружение, фокус на возможностях ситуации, сообщали о бдительности к сигналам угрозы. При этом участники выборки хосписа сообщали о более редком избегании и игнорировании ситуации.
- 3) Участники выборки хосписа (по сравнению с «нормативной» выборкой) чаще сообщали об использовании копинг-стратегий: обращении за помощью к социальному окружению, сосредоточении на положительных сторонах ситуации и собственной личности; применении активных способов совладания (борьба); надежде на внешние силы. В то же время копинг-стратегии ухода от проблемы и самообвинения встречались в нашей выборке значимо реже.
- 4) Для выборки хосписа выявлены следующие тенденции связи: с повышением воспринимаемой неподконтрольности ситуации снижается бдительность к сигналам угрозы и вероятность использования копинг-стратегии противостояния трудности, но при этом повышаются отрицательные эмоции. Чем ниже возможность контролировать ситуацию болезни ребенка, тем выше отрицательные эмоции и ниже возможность замечать угрожающие факторы и бороться с ними.
- 5) Контент-анализ позволил выявить категории копинг-стратегий, являющихся ресурсами. Среди наиболее часто упоминаемых ресурсов преодоления были приведены следующие: указание на помощь других людей, поиск социальной поддержки; борьба; планомерный копинг; положительная переоценка; религиозный копинг.



## Литература

1. Битюцкая Е. В. Когнитивное оценивание и стратегии совладания в трудных жизненных ситуациях // МГУ им. МВ Ломоносова. – 2007-а. – №. 2007-34с. – С. 48с.
2. Битюцкая Е. В. Опросник способов копинга: методическое пособие // М.: ИИУ МГОУ. – 2015. – Т. 80.
3. Битюцкая Е. В., Карцева Е. В. Рисуночная методика «Моя трудная жизненная ситуация» как инструмент диагностики восприятия трудной ситуации // Журнал практического психолога. – 2013. – №. 4. – С. 102
4. Битюцкая Е. В., Корнеев А. А. Диагностика факторов копинга: апробация опросника «Типы ориентаций в трудных ситуациях» // Психологический журнал. – 2020. – Т. 41. – №. 1. – С. 97-111.
5. Битюцкая Е. В., Корнеев А. А. Диагностика Субъективного Оценивания Трудных Жизненных Задач // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2023. – №. 1. – С. 247-279.
6. Битюцкая Е. В., Корнеев А. А. Субъективное оценивание трудной жизненной ситуации: диагностика и структура // Вопросы психологии. – 2021. – №. 4. – С. 100-113.

## МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ

**Фетисов Б.А.**, аспирант, Кафедра клинической психологии, ФГБОУ высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Научно образовательный институт «Высшая школа клинической медицины имени Н.А. Семашко», Москва

**Сирота Н.А.**, д.м.н., профессор, ФГБОУ высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Научно образовательный институт «Высшая школа клинической медицины имени Н.А. Семашко», Москва

### Актуальность

Применение лекарственной противоопухолевой терапии приводит к тому, что у некоторых пациентов фактически сокращается объем злокачественных новообразований, в других случаях лечение замедляет прогрессирование рака, трансформируя смертельные процессы с быстротечным угасанием в хроническую форму, в которой пациент может пребывать длительное время на поддерживающем лечении. В связи с чем необходимо уделять внимание оценке механизмов совладающего поведения пациентов в условиях текущего заболевания, проводимого лечения и возникающих побочных эффектов для разработки программ оказания психологической поддержки.

### Цель

Анализ совладающего поведения пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию.

### Задачи

- 1) Провести теоретический анализ современных научных исследований совладающего поведения онкологических пациентов, получающих лекарственную противоопухолевую терапию.
- 2) Описать стратегии и ресурсы совладающего поведения, которые способствуют адаптации пациентов к заболеванию и процессам лечения.

## Материалы и методы

Библиографический.

## Результаты

После постановки диагноза основные проблемы онкологических пациентов включают в себя: физические симптомы и побочные эффекты, изменение процессов функционирования, вероятность прогрессирования заболевания, постоянная неопределенность и процесс лечения. Чтобы справиться с дистрессом и поддерживать психологическое благополучие, они используют привычные стратегии преодоления, которые эффективно применяли до постановки диагноза [Greer, J.A. et al., 2020].

Эти стратегии преобразуются по мере того, как пациенты находят способы жить с заболеванием, и могут включать в себя различные сочетания, в том числе сохранение позитивного настроения, избегание мыслей, связанных с болезнью, обращение за социальной поддержкой, поддержание по возможности привычного образа жизни, трансформацию ожиданий, кратковременное планирование, принятие, обращение к духовным или религиозным способам совладания. Для совладания с болезнью, химиотерапией и побочными эффектами, женщины с раком молочной железы используют комбинации стратегий [Gibbons A., 2018]. Поведенческие стратегии помогают редуцировать последствия побочных эффектов химиотерапии, например, превентивное приобретение парика снижает чувство неловкости и помогает бороться с чувством утраты контроля. А поддержание уверенности в способности самообслуживания способствует смягчению негативных последствий усталости [Akin S., Kas Guner C., 2019]. Эмоционально ориентированные стратегии, например перенаправление внимания или позитивная переоценка событий, используются для минимизации стресса, которые женщины переживают в процессе лечения.

Стратегия обращения за поддержкой к другим пациентам помогает регулировать уровень стресса, а использование полученной информации является ориентиром, который помогает оценить, как личный опыт соотносится с опытом других [Gibbons A., 2018]. Принятие ситуации выступает важной стратегией совладающего поведения, которая направлена на снижение общего дистресса и преодоление трудностей, связанных с заболеванием, процессом лечения и побочными эффектами проводимой терапии [Guo Yi-Q., et al., 2022].

Пациент находится в контакте с собой, не избегает своих мыслей, чувств и телесных ощущений, связанных с болезнью, без осуждения или попыток их контролировать и при этом продолжает по возможности участвовать в повседневной деятельности [Secinti E., 2019]. Как отмечает D. T. Costa с соавторами, обращение к религии и духовность помогают пациентам приспособляться к различным проявлениям заболевания и химиотерапии, извлекать позитивные мысли из стрессовых переживаний [Costa D. T. et al., 2019]. В сочетании с религиозными и духовными убеждениями поддержание надежды способствует адаптации к различным стрессорам, связанным с болезнью и процессом лечения.

Использование пациентами избегающих стратегий совладания усиливает негативное влияние неопределенности на психическое благополучие, может вызывать новые проблемы [Guan T., et al., 2020]. Пациенты выбирают избегающие стратегии преодоления, включая отрицание и отстранение, чтобы игнорировать заболевание, лечение и сопутствующие процессы, отвлечься от стрессоров и/или связанных с ними эмоций. Хотя использование данных стратегий позволяет пациентам временно снижать напряжение, в долгосрочной перспективе эти стратегии неэффективны, поскольку не предоставляют человеку способов решения проблем. Кроме того, накапливая или усиливая стресс, конечном счете, ухудшается психическое состояние пациентов. C. Calderon с соавторами придерживаются иного мнения, указывая, что стратегии избегания могут быть полезными в случае неизлечимо прогрессирующих опухолей, когда пациенты пытаются сосредоточиться на небольших повседневных целях [Calderon C. et al., 2021]. Жизнь в настоящем моменте позволяет сохранять позитивную перспективу и поддерживать неопределенность в условиях тяжелого, прогрессирующего заболевания.

Восприятие эмоциональной поддержки со стороны семьи, особенно супругов, и медицинских работников для женщин с метастатическим раком, получающих химиотерапевтическое лечение, по данным Yi-Q. Guo и коллег, является одним из основных копинг-ресурсов, который поддерживает их во время борьбы с болезнью [Guo Yi-Q., et al., 2022]. Akin S. с соавтором описывают, что самоэффективность пациентов, как диспозиционный ресурс, оказывает значительное влияние на эмоциональную адаптацию к болезни и связана с регуляцией уровня стресса [Akin S., Kas Guner C., 2019]. Повышение самоэффективности помогает пациентам не только эффективно управлять психосоциальными переменными, связанными с качеством жизни, но и способствует лучшей приверженности, положительным результатам лечения и более обоснованному выбору метода лечения.

## Вывод

Хронический статус заболевания имеет свои особенности, связанные с ухудшением функционирования из-за протекающей болезни и проводимого лечения, снижения качества жизни, возникновения психических и социальных проблем, финансовых трудностей, которые оказывают негативное влияние на общее состояние пациентов. При этом не только само заболевание, но и побочные эффекты от терапии являются причинами выраженного дистресса, что негативным образом сказывается на соблюдении режима лечения и рекомендаций пациентами.

Однако, использование адаптивных стратегий и ресурсов совладающего поведения в этих условиях помогает пациентам снизить уровень дистресса, вызванного неблагоприятными последствиями онкологического заболевания и побочными эффектами лечения, и повысить качество их жизни. Кроме того, полученные результаты подтверждают необходимость вмешательств специалистов, которые помогают расширить репертуар адаптивных форм совладающего поведения.

## Литература

1. Akin, S. *Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer* / S. Akin, C. Kas Guner // *European Journal of Cancer Care*.- 2019.- Vol. 28.- № 1.- P. 1-12.
2. Calderon, C. *Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer* / C. Calderon, D. Gomez, A. Carmona-Bayonas, et al. // *Clinical & translational oncology*.- 2021.- Vol. 23.- № 9.- P.1955-1960.
3. Costa, D. T. *Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy*. Revista / D. T. Costa, D. M. R. da Silva, I. D. L. Cavalcanti, E. T. Gomes, J. L. de A. Vasconcelos, M. V. G. de. Carvalho // *Brasileira De Enfermagem*.- 2019.- Vol.72.- № 3.- P. 640–645.
4. Gibbons, A. *Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works* / A. Gibbons, A. Groarke // *European Journal of Oncology Nursing*. – 2018.- Vol. 35.- P. 85-91.
5. Greer, J.A. *Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer* / J.A. Greer, A.J. Applebaum, J.C. Jacobsen, J.S. Temel, V.A. Jackson // *Journal of Clinical Oncology*.- 2020.- Vol. 38.- № 9.- P. 915-925.

6. Guan, T. *Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer* / T. Guan, S. J. Santacroce, D. G. Chen, & L. Song // *Psychooncology*.- 2020.- Vol. 29.- № 6.- P. 1019–1025.
7. Guo, Yi-Q. *A Qualitative Study on Coping Strategies of Chinese Women With Metastatic Breast Cancer Undergoing Chemotherapy* / Yi-Q. Guo, Q-M. Ju, M. You, A. Yusuf, Y. Wu, L.K. Soon // *Frontiers Psycho-Oncology*.- 2022.- Vol. 13.- P. 1-9.
8. Secinti E. *The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review* / E. Secinti, D. B. Tometich, S. A. Johns, C.E. Mosher // *Clinical Psychology Review*.- 2019.- Vol.71.- P. 27-38.



## ГРУППА ПОДДЕРЖКИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ

*Шушкина Н.В., ведущий психолог, АНО «Служба «Ясное утро», Москва*

### Актуальность

Очная группа поддержки онкопациентов в Службе «Ясное утро» работает с сентября 2012 года, онлайн-группа – с июня 2023 года. И теперь среди наших участников не только жители Москвы и МО, но и Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Набережных Челнов, Саратова, Нижнего Новгорода, Кеморо, Пскова, Анапы, Волгореченска и других городов.

Встречи очных групп проходят еженедельно в Москве, онлайн – раз в две недели. Группы открытые и бессрочные, что даёт много свободы нашим участникам. Единственное ограничение – мы просим придерживаться правил группы. Длительность очной группы – 3 часа с перерывом, онлайн – 2 часа без перерыва. Ведущие – 2 психолога. Участники – до 12 человек.

Встреча начинается со знакомства, если есть новые участники. Затем идёт обсуждение, что хорошего произошло за неделю, выбор тем, которые хотелось бы обсудить (актуальные для участников), психологические техники, упражнения, подведение итогов встречи.

Правила обычные для психологической работы: конфиденциальность, взаимное уважение, не давать непрошенные советы и т.п. Основная их цель – безопасность участников и создание доверительной атмосферы.

Основные темы: говорить ли близким (родственникам, коллегам, работодателю) о диагнозе, коммуникация с врачом, поиск ЛУ, адаптация и ресурсы, реабилитация, страх смерти, принятие помощи, самооценочность, границы и др.

На встречах часто прорабатываются сложные ситуации: недавно поставленный диагноз, рецидив, отрицательная динамика. В зависимости от запроса используются разные подходы, но всегда участники получают пространство для чувств – возможность открыто и безопасно проговорить то, что их волнует. Ценно услышать, что чувствуют и думают по этому поводу другие, узнать об опыте тех пациентов, которые уже справились с подобными ситуациями.

На встречах мы предлагаем техники на совпадение со страхом и тревогой, на ресурсы, на развитие коммуникативных навыков, на личные границы, на развитие креативности, техники самопомощи.

Много внимания уделяется творческой реализации и юмору. Наши участники начинают писать стихи и рассказы, рисовать картины, делать украшения и шить игрушки. А юмор помогает взглянуть на ситуацию со стороны и снизить эмоциональное напряжение.

Ведущие поддерживают идею коммуникации участников за пределами группы: круглосуточно работающий чат, обмен информацией, самостоятельные встречи участников.

Организация и проведение онлайн-групп имеет свою специфику. Участнику необходимо обеспечить себе герметичность пространства, присутствовать на встрече с включенной камерой, предупредить, если нужно раньше покинуть встречу. В целом, за несколько месяцев работы этот формат показал себя не менее эффективным, чем очные встречи, и мы имеем немало положительных отзывов.

### Выводы

Мы регулярно собираем обратную связь от участников группы о том, что они получают от работы:

- 1) Социализация, безопасная среда, возможность получить больше понимания от людей, оказавшихся в той же ситуации, доверие
- 2) Отсутствие страха обсуждать связанные с онкологией темы в компании, свободное общение
- 3) Знакомство на живых примерах со способами проживания жизни с диагнозом
- 4) Чувство собственной значимости (возможность помочь, осознать свой опыт и поделиться им)
- 5) Формирование сообщества и возможность обратиться за помощью за пределами группы (чат, личные встречи)
- 6) Меньше страха перед психологом и самой идеей психологической помощи
- 7) Бессрочный формат даёт пациенту возможность посещать пациенту встречи столько и когда необходимо

На основании обратной связи и собственных наблюдений в течение нескольких лет можем сделать вывод, что групповая работа высокоэффективна для помощи онкопациентам и даже имеет ряд преимуществ перед

индивидуальной. К тому же более рационально используется время специалиста, который одновременно работает не с одним, а с несколькими пациентами.

### Литература

1. Ялом Ирвин Д. *Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. Бомбора, 2023 – 384 с.*
2. Ялом Ирвин *Мамочка и смысл жизни. Психотерапевтические истории. Эксмо, 2022 – 272 с.*
3. Ялом Ирвин Д., М. Лесц *Групповая психотерапия. 5-е издание. 624 с.*
4. Рудестам Кьел Эрик *Групповая психотерапия. Прогресс, 1998 – 368 с.*
5. Вачков И. В. *Основы технологии группового тренинга. Учебное пособие. Ось-99, 1999 – 176 с.*
6. Эксакусто Т.В. Истратова О. Н. *Групповая психокоррекция. Тренинги и роли. Игры для личностного и профессионального развития. Феникс, 2014 – 256 с.*
7. Клаус Фопель *Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. Генезис, 2008 – 256 с.*
8. Кочюнас Римантас *Групповая психотерапия. Академический проект, 2023 – 222 с.*

## ПОДРОСТОК, НАХОДЯЩИЙСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ПОСЛЕ ВИТАЛЬНЫХ УГРОЗ: ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

*Щербакова С.М., тьютор, логопед-дефектолог, СПП ГБОУ Школа №109, Проект госпитальных школ России, Москва*

### Актуальность

Рассматривается особая ситуация педагогической помощи подросткам, имеющим когнитивные, коммуникативные нарушения и нуждающимся в паллиативной помощи.

Особую категорию учеников составляют подростки, имеющие выраженные когнитивные или коммуникативные трудности, возникшие в результате онкологического заболевания или его последствий, поступившие на госпитализацию в стационар детского хосписа после признания их нуждающимися в паллиативной помощи.

### Цель

Построение маршрутизации психолого-педагогического сопровождения данной категории учеников.

Первостепенной задачей педагогической работы является восстановление коммуникации на любом уровне: доинтенциональном досимволическом, произвольном досимволическом, символическом. Способ коммуникации должен выбираться исключительно с опорой на предварительно выявленные сохраненные возможности ученика. Для оценки уровня существующих коммуникативных навыков и постановки задач целесообразно использовать матрицу коммуникации [4].

Педагогическая работа в таких случаях состоит из нескольких этапов: диагностическая беседа с семьей и подростком [2], постановка гипотез, проверка их на диагностическом занятии и семьей вне занятий, выявление закономерностей и составление максимально возможно понятной близким индивидуальной коммуникативной системы учащегося.

В случае, если у подростка нет выраженных проблем с коммуникацией или мы смогли помочь их решить, то важно обсудить с ним практические аспекты его жизни, в первую очередь в краткосрочной перспективе, причем в основу постановки образовательных целей важно заложить созда-

ние условий для максимально возможной самостоятельности и активности ученика в его повседневной жизни.

### Вывод

В результате можно выделить основные цели педагогической работы:

- первостепенное значение отводится восстановлению коммуникации на любом понятном для окружающих уровне;
- цели педагогической работы должны быть краткосрочны, функциональны, приводить к непосредственному улучшению качества жизни как самого подростка, так и семьи [3];
- цели должны соответствовать потребностям семьи. Если они не совпадают с нашим пониманием ситуации, медицинскими данными, то важно искать возможность адаптировать запрос семьи, подростка, чаще всего за счет разбиения глобальной цели на маленькие, понятные, доступные шаги;
- работа проводится при активном включении семьи [1];
- решение педагогических задач возможно только на значимом для подростка материале;
- необходимо максимально быстро вводить полученные результаты в обычную жизнь, рутины.

### Литература

1. *Основы паллиативной помощи / под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока / пер. с англ.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» — В. В. Ерохина, Г. Ш. Юнусова. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. — 341 с.*
2. *Lister A., Alley K. Helping Children who Need Palliative Care to Access Education: A resource for schools, colleges and early years providers// Together for Short Lives, 2015 p. 6*
3. *A practical guide to Palliative Care in paediatrics//Children's Health Queensland Hospital and Health Service Paediatric Palliative Care Service, 2014*
4. *Матрица коммуникации URL: <https://communicationmatrix.org/>, дата обращения 28.09.2023*

## ОРГАНИЗАТОРЫ XV ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ОНКОПСИХОЛОГОВ: НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ОНКОПСИХОЛОГОВ РОССИИ И СЛУЖБА ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ «ЯСНОЕ УТРО»

АНО Служба «Ясное утро» обеспечивает работу Всероссийской горячей линии психологической помощи онкологическим больным и их близким 8-800-100-0191 с 2007 года.

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.

Служба «Ясное утро» — это не только горячая линия, но и программа очных психологических консультаций, программы для специалистов, отдельная горячая линия для врачей и медицинского персонала, курсы повышения квалификации для психологов, десятки тысяч изданных материалов для пациентов.

### ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ «ЯСНОЕ УТРО»:

- очные индивидуальные консультации и группы поддержки онкологических больных и их близких;
- информационные кампании по повышению здоровой онконастороженности;
- курс повышения квалификации по онкопсихологии;
- волонтерский проект для профессиональных психологов;
- горячая линия психологической поддержки врачей и медицинского персонала в рамках проекта «Выгоранию.нет» 8-800-600-36-29;
- тренинги для медицинского персонала по коммуникации «врач-пациент» и профилактике профессионального выгорания;

### СЛУЖБА «ЯСНОЕ УТРО»

ЯСНОЕУТРО.РФ

8 (800) 100-01-91

contact@yasnoeutro.ru

**АНО СЛУЖБА «ЯСНОЕ УТРО»**

на базе НОУ ВО МСПИ

Приглашает Вас пройти курс повышения квалификации

**ОНКОПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ**

Курс предназначен для медицинских психологов, психотерапевтов, психиатров и других специалистов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях онкологического профиля, а также для частнопрактикующих психологов, консультантов горячей линии психологической помощи онкологическим больным, сотрудников и волонтеров некоммерческих организаций, работающих с онкологическими больными.

Слушатели должны иметь высшее психологическое или медицинское (с интернатурой по психиатрии) образование.

Программа обучения включает в себя очную (45 ч.) и заочную (27 ч.) части.

- Перед началом очной части участники знакомятся с теоретической частью заочно.
- Очная часть обучения длится 6 календарных дней и включает лекции и практические занятия.

Каждый раздел обучения включает информацию о современных теориях, характеризующих психологические особенности онкологических больных и присущие им специфические состояния и синдромы, а также новейшие приемы и практики широкого спектра методов и техник работы на всех этапах психологического сопровождения онкологического больного и его близких.

Преподаватели курса – эксперты и ведущие психологи Службы «Ясное утро».

По итогам обучения слушателям выдается удостоверение о повышении квалификации (72 ч.) установленного образца.

Курс проходит 2–3 раза в год.

Участникам необходимо зарегистрироваться на курс на сайте

<https://yasnoeutro.ru/psypro/oncopsyedu/>

Когда объявляются даты следующего курса, всем зарегистрировавшимся приходит уведомление на указанную почту.

# Ясное УТРО

Круглосуточная поддержка  
в борьбе с раком

Сделать пожертвование



Считайте QR-код в приложении  
банка на телефоне

АНО Служба "Ясное утро"

**ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ**

**8 800 100 0191**

**КРУГЛОСУТОЧНО. БЕСПЛАТНО. АНОНИМНО.  
АНО «СЛУЖБА «ЯСНОЕ УТРО» 2023**