

Настоящий сборник включает тезисы I Съезда Ассоциации Онкопсихологов России.

Целью данного Съезда было создание Ассоциации профессиональных психологов, психотерапевтов, призванной решать актуальные научно-практические задачи в области оказания помощи пациентам с онкологическими и другими тяжелыми соматическими заболеваниями, а также оказывать специалистам теоретическую, методическую, супервизорскую, правовую помощь в процессе осуществления их профессиональной деятельности.

На Съезде присутствовали онкопсихологи со всей России: из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Кемерово, Абакана, Хабаровска, Краснодара и многих других городов России. Были и врачи-онкологи, и члены благотворительных и общественных организаций, и волонтеры, занимающиеся помощью онкологическим больным и их родственникам.

Участниками Съезда был выбран Президент Ассоциации онкопсихологов, которым стал знаменитый петербургский психотерапевт, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Гнездилов, а также избрано Правление Ассоциации и утвержден проект Устава организации.

Значимость этого события сложно переоценить, оно стало знаковым для всех присутствовавших специалистов, поскольку было создано единое профессиональное сообщество людей, работающих в этой нелегкой, но столь необходимой области. С началом действия Ассоциации каждый специалист, работающий в этой сфере, сможет найти поддержку, получить новые знания, повысить квалификацию, защитить свои законные интересы. В то же время для онкологических больных, на благо которых и направлена вся деятельность психологов, создание профессиональной Ассоциации означает возможность получить необходимую помощь и поддержку в любом регионе России.

Правление Ассоциации:
www.oncopsychology.ru
8 (495) 768-58-47
cooperation-project@yandex.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Березанцев А.Ю., Монасытова Л.И., Спиртус А.М. «Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы».....	3
2. Братикайте Л. «Группы поддержки как стратегия помощи для онкологических больных»	4
3. Галактионова А.В., Коложвари И.А. «Опыт поддержки онкологических больных и их родственников в рамках работы Службы психологической помощи»	9
4. Гусева М.А., Цейтлин Г.Я. «Опыт организации системы комплексной психолого-социальной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями в городе Москве»	12
5. Золотова А.Н. «Исследование психоэмоциональной сферы у родственников больных раком головного мозга»	14
6. Ивашкина М.Г. «Возможности психологической коррекции онкологических больных в рамках интегративной креативно-структурной психотерапии (ИКС-подход)».....	15
7. Королькова Е.Ф. «К вопросу о психологической реабилитации стомированных пациентов»	17
8. Малышева Е.В. «Понятие вторичной выгоды от болезни»	19
9. Назарова О.В. «Новый институт диагностики, профилактики и лечения психосоматических заболеваний»	22
10. Нугаева Р.Р. «Особенности работы психолога в отделении хосписной помощи»	24
11. Нугаева Р.Р. «Этика и деонтология в работе онкопсихолога. Понятие информированного согласия»	25
12. Пономарева Л.В. «Возможности применения методики «Мандала» при работе с пациентами онкологического профиля»	27
13. Пономарева Л.В. «Особенности психотерапевтической работы с пациентами, имеющими онкологический анамнез»	28
14. Радус А.Е. «Правовое просвещение и информирование пациентов».....	30
15. Соколова О.А. «Отношения как фактор риска. Психосоциальная реабилитация онкологических больных»	33
16. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н. «Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких»	36
17. Цейтлин Г.Я. «Детская онкология: психологические проблемы»	38
18. Янстон В.И. «Понятие психологической защиты у онкологических больных»	40
19. Януц Н.П. «Особенности психотерапевтической работы с женщинами после мастэктомии»	43
20. Ярцева И.П. «Влияние болезни на семейную систему».....	46

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Спиртус А.М.

ГНЦ ССП им. Сербского, г. Москва;

Онкологический диспансер № 3, г. Москва

С целью изучения психического здоровья и качества жизни (КЖ) женщин с онкологической патологией репродуктивной системы и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий были обследованы 30 пациенток в возрасте от 37 до 69 лет, из них 65,5% с раком молочной железы, остальные – с опухолями шейки и тела матки, яичников. Из них 10% больных были на дооперационном этапе, остальные на различных этапах лечения в послеоперационном периоде. Помимо карты, оценивающей клинико-социальные характеристики пациентов, использовался опросник качества жизни ВОЗ (WHOQOL_bref), а также опросники, позволяющие уточнить ряд клинико-психологических параметров.

В результате психические нарушения пограничного уровня были выявлены у всех пациенток, у 15 отмечалась астеническая симптоматика, у 11 – тревожно-депрессивная, у 4 – депрессивная. У двух пациенток формировалось посттравматическое стрессовое расстройство. В преморбиде отмечались личностные акцентуации: истерическая у 10 больных, эмотивная – у 12, ананкастная – у 6, двое имели гармоничный профиль личности. Субъективная оценка КЖ в соотношении с объективными параметрами социальной адаптации у 19 больных была адекватно-негативной, у 5 – адекватно-позитивной, у 4 неадекватно-позитивной, у двоих – неадекватно-негативной. У пациенток с астенической симптоматикой преобладали адекватно-негативная и адекватно-позитивная оценки КЖ. Неадекватно-негативная оценка коррелировала с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой. Для улучшения психического состояния и КЖ предложена комбинированная схема лечения, включающая применение психотерапии (гипнотерапия по Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону, индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия) и средства традиционной медицины.

Прошли психотерапию в формате групповой и индивидуальной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву 28 пациенток. В группе и индивидуально с каждой пациенткой было проведено от 10 до 20 сеансов. Из них технике самогипноза обучены 24 человека, когнитивно-поведенческая психотерапия проводилась 4 пациенткам. В результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий 8 пациенток оценили динамику психологического состояния как значительное улучшение, 20 – как улучшение.

Таким образом, у женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы отмечаются психические расстройства пограничного уровня, различные по выраженности и клинической картине, и снижение параметров КЖ. Для коррекции психических нарушений, помимо медикаментозного лечения, необходимо применение индивидуально подобранной психотерапии, а также целесообразно использование средств традиционной медицины природного происхождения, имеющих нейропротекторное, мягкое ноотропное, адаптогенное действие, что приводит к улучшению общего самочувствия, психического состояния и качества жизни.

Ключевые слова: онкологическая патология женской репродуктивной сферы, качество жизни, психотерапия, реабилитация.

ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ КАК СТРАТЕГИЯ ПОМОЩИ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Братикайте Л.

Онкопсихолог, Литва, г. Вильнюс

Значение, функции и методы социальной поддержки были исследованы в большом разнообразии областей науки, включая психологию, психиатрию, социологию, уход, медицину и межличностную коммуникацию. Исследования показали, что группы поддержки являются наиболее широко применяемой стратегией разработанной, специализированной и продолжительной помощи для онкологических больных (Cohen S., Underwood L., Gottlieb B.H., 2000).

Как говорится в американском словаре Heritage, «группа поддержки – это группа людей (иногда во главе с терапевтом) которые обеспечивают друг друга моральной поддержкой, информацией и советуются относительно проблем, касающихся некоторой общей характеристики или опыта» (The American Dictionary Heritage, 4th ed. © 2000 Houghton Mifflin Company). Словарь Терминов Рака Национального Онкологического института дает более специфичное определение: «группа поддержки – группа людей с подобной болезнью, которые встречаются, чтобы обсудить, как лучше справиться с их болезнью и лечением» (Dictionary of Cancer Terms, National Cancer Institute).

В научной литературе и в рабочей практике используются разные определения, но к пониманию социальной поддержки обязательно относятся 3 компонента, которых Хаус (House J.S., 1981) назвал 3 «П»: Помощь, Поддержка, и Подтверждение (в английском 3 «А»: Aid, Affect, and Affirmation). Помощь означает практическую помощь, включая вещи и услуги. Поддержка означает эмоциональную поддержку, которая объясняется активным слушанием, выражением сочувствия и обеспечением заверения. Подтверждение означает положительную обратную связь как другим участникам группы, так и себе. Еще один компонент заслуживает особого внимания, а именно, информационная поддержка, которая вовлекает и субъективный совет, и относительно объективную информацию. В группах поддержки рака информационная поддержка, как правило, состоит из фактов о раке и его лечении, и из информации о возможных ресурсах помощи в обществе.

Как предполагает само название групп поддержки (ГП), группы направлены на обогащение участников ресурсами копинг стратегий, тем самым предлагая им пси-

хологическое чувство защищенности. 2003 г. в США было проведено исследование с участием 1844 пациентов с раковыми заболеваниями. Результаты показали, что, в зависимости от типа заболевания, до 96 % участников ГП считали такие группы исключительно полезными (Owen J.E., Goldstein M.S., Lee J.H. и др., 2003). Другие работы показали, что участники, которые считали групп поддержки полезными, утверждали, что они чувствовали себя менее одинокими со своей проблемой, что они узнали о различных других способах преодоления сложных ситуаций и чувств, и что они довольны участием в группах (Gotlieb V.H., Wachala E.D., 2006; Fobair P., Koorman Ch., DiMiceli S. и др., 2002). Исследование, проведенное учеными США, показало, что участники ГП, несмотря на другие позитивные перемены, самым полезным считали поддержку со-участников (Cella D.F., Sarafian V., Snider P.R. и др., 2007). Также исследовано, что участие в ГП значительно уменьшает чувства беспокойства и депрессии (Schou I., Ekeberg O., Karesen R., Sorensen E., 2007). Выше сказанное подтверждает проведенные исследования и теории о роли и функциях социальной поддержки в стрессовых и напряженных обстоятельствах.

Хотя группы поддержки означают периодические встречи (как с глазу на глаз, так и онлайн) небольшого количества людей, которые разделяют общее несчастье, вредную привычку, болезнь или стрессовое событие, эти группы были структурированы такими разнообразными способами, что трудно идентифицировать любые определенные общие свойства, кроме одного - профессионального лидерства. Группа самопомощи полностью организована и управляется ее участниками, обычно добровольцами. Такие группы еще называются товариществами, группами поддержки «одноопытников», группами взаимопомощи и т.д. Группами поддержки управляют лидеры-профессионалы (например, социальные работники, психологи, члены духовенства), которые не разделяют проблему участников (APA Dictionary of Psychology, 1-е издание., Gary R. VandenBos, ed., Washington: American Psychological Association, 2007). Лидер управляет дискуссиями и руководит групповыми процессами. Таким образом, группы поддержки отличаются от групп самопомощи присутствием одного или более лидеров, которые имеют определенное обучение в сфере здоровья или социальных наук. Как правило, лидерами групп поддержки для людей с физическими недостатками, тяжелыми заболеваниями и т.д. являются медсестры, врачи, социальные работники и психологи.

Можно выделить несколько преимуществ групп, проводимых лидерами-профессионалами. Во-первых, профессионалы способны обеспечить членов группы надежной и объективной информацией о болезни, о процессе лечения и ресурсах общества. В таком случае исключена возможность дезинформирования о причинах рака, диагнозах, лечении и прогнозах. Во-вторых, профессиональные практики владеют навыками групп-менеджмента и риск-менеджмента, что способствует успеху и целенаправленности групповой работы. Особенно такие навыки помогают в ситуациях, если кто-то из участников группы умирает (Gray R., Fitch M., Davis Ch., Phillips C., 1998). В-третьих, те же самые профессионалы компетентны со-участвовать в проводимых клинических и академических исследованиях. Чтобы оптимизировать вероятность существенных и выявить пригодные для печати интервенционные эффекты группы, рекомендуется нанять профессиональных лидеров.

Обычно профессионально проводимые группы поддержки для онкологических больных (ОБ) основываются на специфических моделях практики, хотя это свойственно не для всех групп. Модель Шпигеля, Блумма и Ялома (Spiegel D., Bloom J., Yalom I., 1981) называется «поддерживающей-экспрессивной терапией группы».

Групповая работа основана на оказании взаимной поддержки, на создании возможностей выразить эмоции и на конфронтации с экзистенциальными проблемами с целью выработать у участников группы навыки преодоления трудностей. Исследования направленные на выяснение эффективности данной теории на практике с ОБ полностью противоречивы, например, результаты исследований Шпигеля и Классен кардинально противоречат друг другу (Spiegel D., Morrow G.R., 1999; Classen C.C., Kraemer H.C. и др., 2007). Ученые делают предпосылку, что поддерживающая-экспрессивная терапия может быть эффективной в группах с изначально высоким уровнем дистресса. Вторая модель называется «когнитивной поведенческой», поскольку участникам даются инструкции по методам изменения поведения и/или когнийций при активном выработывании копинг (coping) навыков. Например, в США активно проводится тренинг самозащиты (Self-Advocacy Training). Программа эффективно развивает такие коммуникативные навыки, как информационный поиск, решение проблемы, принятия решения и ведения переговоров (Walsh-Burke K., 2001). Также в США В Китае проводятся одночасовые сессии Восточного стресс-менеджмента (Eastern stress management), основанные на модели Чана (Chan C.L.W., 2001) по названию «Тело-Разум-Душа» (Body-Mind-Spirit) (Chan C.L.W., Tso I.F., Ho R.T.H. и др., 2006). В Австралии эффективно используется Когнитивная поведенческая терапия из 12 сессий (Edelman S., Kidman A.D., 1999). Третья модель, названная «обучением пациента» или «психообразовательной», является более общего характера и предоставляет информацию по медицине или процедурах действия. Последняя модель широко используется специалистами в Франции, поскольку многократные исследования подтверждают высокую практическую выполнимость и эффективность психообразовательной интервенции, которая ускоряет уменьшение негативных реакций на болезнь и лечение (Dolbeault S., Cayrou S., Bredart A. и др., 2007). В Австралии с 1985 г. успешно проводится программа для ОБ, их семей и друзей по названию «Жизнь с раком» (Living With Cancer Education Programme) (Todd K., Roberts S., Black C., 2002). По мнению Кэннингема (Cunningham A.J., 1995), эти три модели по степени активности в группе могут быть помещены в континуум в пределах от очень небольшого участия в психообразовательных группах до высокого уровня активного участия в группе поддерживающей-экспрессивной терапии.

Можно выделить две основные теоретические перспективы групповой динамики. Первой является теория социального сравнения (Festinger L., 1954), которая возлагает, что чувствуя угрозу люди более мотивированы найти группу «похожих», чтобы сравнить уместность своих мыслей, чувств и поведения. Часто люди просто хотят сравнить себя с другими, переживающими такую же самую или подобную ситуацию. Если другие будут казаться встревоженными, то участник, более вероятно, тоже станет встревоженным, и наоборот. Возможно это – одна из причин, почему лидеру группы так важно активно предпринимать меры, гарантирующие относительно спокойный климат группы. Такая обстановка будет сигнализировать участникам, что нет никакой потребности чрезвычайно тревожиться. Кроме того, в процессе социального сравнения проявляется эффект нормализации: участники узнают, что и другие люди при подобных напряженных обстоятельствах испытывают подобные чувства и мысли.

Исследования также показывают, что очень важно учитывать направление социального сравнения. Например, участники могут больше прислушиваться мнению того, который, им кажется, с ситуацией справляется лучше, чем они. Если у кого-то другого диагноз хуже или стадия рака выше их собственной, человек может себя

почувствовать лучше, и наоборот. Такие неизбежные социальные сравнения могут сильно повлиять на настроение и самооценку участников. Поэтому планируя группы поддержки очень важно тщательно рассмотреть состав группы, чтобы оно работало на пользу для увеличения чувства подобия (Gottlieb B.H., Wachala E.D., 2006). Подобие может быть по демографическим параметрам (например, возраст, пол, образование), по особенностям болезни (например, тип или стадия болезни), и по стилю преодоления трудностей (например, информационный поиск, эмоциональная экспрессия).

Вторая теоретическая перспектива – теория стресса и копинга (Lazarus R.S. & Folkman S., 1984), где копинг-поведение определяется так: копинг – это «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» (Lazarus R.S. & Folkman S., 1984, p. 141, цит. по Losoya, 1998). Утверждается, что «стресс — это дискомфорт, испытываемый, когда отсутствует равновесие между индивидуальным восприятием запросов среды и ресурсов, доступных для взаимодействия с этими запросами». Именно индивид оценивает ситуацию как стрессовую или нет. По Лазарусу и Фолкману, индивиды оценивают для себя величину потенциального стрессора, сопоставляя запросы среды с собственной оценкой ресурсов, которыми они владеют, чтобы справиться с этими самыми запросами (Berg C.A., Meegan S.P. & Deviney P.P., 1998). Именно ресурсы работают как «буфер», т.е. поддержка других смягчает воздействие стрессоров на человека, делая его менее уязвимый в неблагоприятных ситуациях (Cohen S. & Wills T., 1984). Поэтому в группах поддержки, должно быть достаточно положительное взаимодействие между участниками, чтобы они могли рассчитывать на поддержку группы. И главное не фактическое взаимодействие группы и социальное сравнение, а растущая вера, что ресурсы группы доступны. Следовательно, лидер группы должен предпринять шаги, чтобы надежда, оптимизм и чувство возможности пользоваться ресурсами группы сопутствовали всей групповой работе.

В дополнение к этим двум главным теоретическим перспективам есть много гипотез о механизмах действия социальной поддержки в группах. После обучения лидера и представленном репертуаре копинг стратегий у соучастников, члены группы приобретают уверенность в их собственную способность управлять стрессом, что называется самоэффективностью. У участников группы, которые видят, что они могут быть полезными для других, повышается самооценка («принцип терапии помощника» (Riessman E., 1965). Другой возможный механизм – это уменьшающий стресс эффект эмоционального выражения. Как свидетельствуют многократные эмпирические данные, люди, имевшие возможность идентифицировать свои чувства и «проработать» их на более глубоком уровне, лучше приспособляются к стрессовым событиям (Pennebaker J., 1995). В группах поддержки такие возможности самовыражения должны иметь место, независимо от того, будут ли они происходить спонтанно или будут фасилитироваться лидером группы. Еще важно подчеркнуть, что социальная поддержка влияет на определенные нейрохимические процессы, которые улучшают функционирование иммунной системы (Uchino B., 2004).

Надо заметить, что при неправильной работе с группой могут иметь место и негативные побочные эффекты. Например, исследование показало, что участники группы могут стать эмоционально сверхвовлеченными в проблемы других, начать винить себя или других за случившееся с ними, давать незапрашиваемый совет, что приводит к ухудшению самочувствия, оставляет их с чувством неправильно себя понятыми и неподдержанными (Coyne J., Wortman C. & Lehman D., 1988).

У онкологических больных выявляются многочисленные психосоциальные потребности, которые возникают во время диагноза, лечения и хронической болезни. Можно выделить следующие первичные психосоциологические потребности (Cope D.G., 1995; Turner J., Zapart S., Pedersen K. и др., 2005): дестигматизация их статуса как онкобольного; развитие коммуникативных навыков общения с командой медперсонала и с близкими; информация о раке и его лечении; пересмотр приоритетов жизни; улучшение копинг-навыков, включая способность давать и получать поддержку от друзей и семьи; уменьшение страха смерти и умирания; уменьшение беспокойства, чувств беспомощности и потери контроля. Для многих пациентов первостепенная потребность – уменьшить неуверенность в своем состоянии, предстоящее лечение, протекание болезни и ее влияние на качество жизни. Неуверенность – это основа стресса, поэтому участники группы должны учиться жить с неуверенностью, и в этом им может помочь группа поддержки.

Еще одна важная детерминанта групповой работы – это размер группы. Полагается, что оптимальный размер группы – «7+/-2». К. Е. Рудестамм (Rudestam, К.Е., 2002) считает, что четыре человека – минимум для жизнеспособной группы. Однако, имеются данные, что в группах с четным числом участников в большей степени проявляются разногласия, чем в нечетных, поскольку у них не одна из сторон не имеет численное преимущество. Согласно точке зрения некоторых исследователей, в группе из 7+/-2 человек участники не страдают от непрочности и напряженности, здесь каждый удовлетворен своей ролью, не усиливается конформизм, имеет место сбалансированное общение участников между собой и лидером, который становится центром коммуникации, замыкает на себе все информационные потоки, придерживая одни и доводя до всеобщего сведения другие (Рогов Е.И., 2005).

Исследования процесса и результатов проведения групп поддержки для ОБ, начались 28 лет тому назад со совместной работы Шпигеля, Блума и Ялома о получаемой краткосрочной психосоциологической пользе при участии в группах поддержки (Spiegel D., Bloom J. & Yalom I., 1981). Через 8 лет Шпигель и Блум с коллегами опять провели исследование, доказавшее интервенционную пользу групп поддержки (Spiegel D., Bloom J., Kraemer H.C. & Gottheil E., 1989). В последствии, в литературе начали появляться многочисленные работы, посвященные исследованию процесса и результатов групп поддержки для онкологических больных, включая усилия копировать Шпигеля (например, Goodwin P.J. и др., 2001).

Обзор демографических особенностей участников групп поддержки, показывает, что они относительно хорошо образованны, белокожие, женского пола, принадлежащие среднему классу, которые являются пользователями высококачественных услуг, с повышенным раковым заболеванием характерным дистрессом и имеющие более позитивное мнение по поводу социальной помощи (Bauman L., Gervery R., & Siegel K., 1992; Cella D.F., Sarafian B. и др., 1993; Gray R. и др., 1997; Katz D. и др., 2002; Krizek C. и др., 1999; Taylor K.L. и др., 1986; Winefield H.R. и др., 2003; Steginga S.K., Campbell A. и др., 2007; Grande G.E., Myers L.B., Sutton S.R., 2005). Исследования показали, что пациенты предпочитают группы поддержки проводимые врачом или медсестрой (Slevin M.L. и др., 1996), и что по крайней мере 20% из приглашенных присоединиться к группе отказываются, и другие 20% из тех, которые соглашаются на участие, оставляют группу по ходу работы. Например, Гудвин (Goodwin P.J. и др., 2001) сообщил, что 19% женщин оставили группу примерно через 3,5 месяцев, и что посещаемость на сессиях группы составляло в среднем 66,7% (главными причинами неучастия были: ухудшение состояния здоровья, лечение и невозможность передви-

гаться). По сведениям Катерины Класен (Classen С.С. и др., 2001) тоже приблизительно 20% женщин, которые были зарегистрированы на участие в группах поддержки, не пришли на первое занятие. Эдгар (Edgar L. и др., 2001) нашел, что в большинстве случаев участники оставляют группу потому, что им не нравится формат занятий. Исследования группы поддержки показали, что участие или неучастие зависит от копинг стиля (Miller S.M., 1987), от таких черт личности, как экстраверсия и локус контроля (Wallston K., Wallston B., & DeVellis, 1978), от того, есть ли у участника культурные, этнические или лингвистические различия по сравнению с группой (Butow P.N., Kirsten L.T. и др., 2006; Avis M, Elkan R. и др., 2007).

Несколько исследований проводилось с целью узнать мотивацию участия в группах поддержки. Например, Бауман, Гарвей и Шигель (Bauman L., Gervey R., и Siegel K., 1992) взяли интервью у 21 пациента болеющего лейкемией и у 5 пациентов с диагнозом рака лимфомы. Главные причины участия в группе были следующие: сравнить свое собственное эмоциональное и физическое функционирование со со-участниками; получить больше информации о болезни; разделить проблемы и обмениваться поддержкой с группой. Исследование Кризека (Krizek С. и др., 1999) подтвердило выше сказанное.

Исследования показали, что ГП производили значительно положительное влияние на психосоциальное функционирование их участников (Montazeri A., 2007; Cain E.N., Kohorn E.I. и др., 2006). Участники подчеркнули, что они чувствовали себя более уверенно и надежно, лучше понятыми и что они хотели, чтобы участники группы продолжали встречаться и после заключительной сессии. Открытия свидетельствуют, что группы в продолжительности от 6 месяцев до года еженедельных сессий по 45–90 минут являются самыми эффективными (Goodwin и др., 2001; Lerore и др., 2003), а самое большое влияние производится в течение первых 12 недель (Rehse В. и Pukrop R., 2003). Если профессиональное лидерство является недоступным или слишком дорогостоящим в течение такого длительного периода, то возможно предложить преобразовать группу в самопомощи, сохраняя возможность иметь доступ к профессиональному консультанту.

Несмотря на большое разнообразие профессионально проводимых ГП для ОБ, эффективность такой группы зависит от того, насколько она соответствует запросам общества, системы здравоохранения, группы и каждого из участников.

***Ключевые слова:** группы поддержки, психосоциологические потребности больных, онкологические больные*

ОПЫТ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ В РАМКАХ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Галактионова А.В., Коложвари И.А.

Автономная некоммерческая организация
«Проект СО-действие», г. Москва

Автономная некоммерческая организация по оказанию психологической помощи и социальному консультированию «Проект СО-действие (Социально Ответственное действие)» создана на базе благотворительного проекта

помощи пациентам с тяжелыми соматическим заболеваниями, работа которого началась в июле 2007 года, в рамках портала oncology.ru®.

Деятельность АНО СО-действие направлена на решение комплекса проблем, связанных с поддержкой и реадaptацией людей, перенесших тяжелые заболевания, помощью и поддержкой инкурабельных больных, формированием ответственного отношения к своему здоровью у всех граждан, преодолением психологических барьеров между отдельными социальными группами.

Первоначально основной задачей проекта являлась организация работы Всероссийской бесплатной горячей линии социально-психологической помощи для онкологических больных 8-800-100-01-91 (автор идеи А.В. Скворцов). Вот уже третий год горячая линия работает без перерыва, независимо от времени суток, выходных и праздников, независимо от удаленности населенного пункта нашей страны. География общения – более 100 городов России, практически все края, области, республики. Также в нашу Службу поступили звонки и письма со всех континентов, включая страны ближнего и дальнего зарубежья: Германия, Испания, США, Латвия, Казахстан, Украина, Узбекистан и т.п. Каждый человек, обратившийся на линию, может получить профессиональную психологическую помощь, юридическую консультацию, дополнительную информацию справочного и информационного характера, узнать порядок обращения в государственные и муниципальные органы власти, местные и федеральные ЛПУ соответствующего профиля.

За это время на телефоне «горячей линии» было принято более 9000 звонков и более 3000 писем от посетителей наших сайтов. Каждый звонок запротоколирован, и по их базе собрана полная статистика, касающаяся как медицинских характеристик заболевания, так и социальной, психологической проблематики, с которой столкнулись пациенты и их родные.

Рассмотрим основные формы помощи, востребованные пациентами и их родственниками при обращении на телефон горячей линии:

1. Психологическая поддержка – выражение сочувствия, сопереживание, отклик, формирование у человека ощущения своей ценности и возможности бороться с жизненными обстоятельствами. В отличие от консультирования, не дает решений определенных проблем, а только создает необходимый эмоциональный фон.
2. Психологическое сопровождение – пролонгированная поддержка, эмоционально-психологический контакт с абонентом, постоянное ощущение, что человек не одинок, возможность поделиться страхами, получить отклик и т.п.
3. Психологическая консультация – ситуация, когда психолог выбирает инструменты диалога с абонентом, помогая ему определить свою проблему и решить ее, результатом должно являться изменение в понимании человеком своей ситуации и самостоятельный выбор способов решения проблемы.
4. Информационная/юридическая консультация – запрос на дополнительную информацию, без которой невозможно дальнейшее принятие решений и также снятие стресса.
5. Организационная/социальная помощь – в некоторых случаях у абонента возникает проблема, которую он не может решить самостоятельно и требуется договоренность с руководителем ЛПУ, чиновником местного органа власти, социальной службой и т.п., которым наша организация может подать «журналистский запрос» и ходатайствовать перед ними об оказании помощи абоненту.

Около трети абонентов формулируют запросы, которые требуют дополнительного сбора информации. Поводами для таких информационных запросов могут быть:

- предложение больницы участвовать в клинических испытаниях (юридическая консультация и сбор информации по методике лечения);
- запрос на поиск медицинского центра в отдаленном регионе, за рубежом (в случае отсутствия информации на сайте);
- запрос на уточнение информации, услышанной в телевизионных программах и запрос информации о новом методе лечения, его эффективности, достоверности и т.п.;
- запрос информации на проведение сложных юридических действий в случае необходимости решения жизненно важных для пациента проблем;
- запрос консультации по подготовке родственников пациента к сложным переговорам с администрацией ЛПУ, местной администрации в случае отказа от лечения;
- запрос консультации по вопросам реабилитации после лечения (соблюдение диеты, лечебная физкультура и т.п.).

Информация, которая дополнительно собирается для пациентов, таким образом, в основном носит справочный, юридический и медицинский характер.

Также за время работы «горячей линии» неоднократно были примеры запросов врачей на поиск научной информации по определенным разделам онкологии, по проблеме эмоционального выгорания, а также врачи обращались за консультацией по психологическим трудностям общения с пациентом.

В настоящее время деятельность Проекта распространилась далеко за рамки работы горячей линии, помощь оказывается и другим категориям больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Сотрудники организации и волонтеры оказывают помощь пациентам на базе клиник и хосписов, проводят адаптационные тренинги, группы психологической поддержки, реализует адаптационные и просветительские программы для населения.

В сотрудничестве с благотворительными организациями Проект «СО-действие» проводит курсы повышения квалификации онкопсихологов со всех уголков России, внося свой вклад в развитие системы психологической помощи онкологическим больным в России.

С апреля 2009 года АНО «СО-действие» начала работу как самостоятельная организация, осуществляя сотрудничество с другими движениями и общественными организациями, направленными на оказание помощи депривированным категориям населения. Психологическая помощь помогает пациентам и их родственникам решить широкий спектр вопросов поиска психологических ресурсов для борьбы с болезнью, коррекции неадекватных способов психологического реагирования пациента и его семьи, социальной реадaptации выздоравливающего пациента, пролонгированной психологической поддержки «лежачих пациентов», в том числе паллиативных больных.

Ключевые слова: социально-психологической помощи для онкологических больных, опыт организации службы психологической помощи, реадaptация.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В г. МОСКВЕ

Гусева М.А.¹, Цейтлин Г.Я.²

¹ Автономная некоммерческая организация «Дети», г. Москва

² ФГУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии, г. Москва

Комплексная реабилитация в детской онкологии должна проводиться на всех этапах специализированной помощи: госпитальном, амбулаторном, диспансерного наблюдения, при этом объектом реабилитации является вся семья в целом, включая ребенка-инвалида, его родителей, братьев и сестер, без чего невозможна эффективная социальная интеграция ребенка-инвалида.

Травматичные для семьи медико-социальные и психологические последствия онкологического заболевания и его лечения обосновывают необходимость создания городской комплексной системы реабилитации, концепция которой базируется на совмещении медицинской стратегии восстановительного лечения и стратегии психолого-социальной реабилитации ребенка и его семьи с привлечением образовательных, культурных, спортивных и других учреждений. Таким образом, формируется единое реабилитационное пространство, в структуру которого должны включаться специализированные отделения многопрофильных детских больниц, городские центры восстановительного лечения, профильные реабилитационные центры, санатории, учреждения дополнительного образования, летние реабилитационные лагеря.

В 2006 г. на базе отделения реабилитации Федерального научно-клинического центра детской гематологии онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития России при участии АНО «Дети» разработана Программа комплексной реабилитации детей и подростков с онкологическими заболеваниями в г. Москве. Программа одобрена Правительством г. Москвы и поэтапно реализуется АНО «Дети» при научно-методическом руководстве ФГУ ФНКЦ ДГОИ с привлечением как бюджетного, так и внебюджетного финансирования. Таким образом, в настоящее время в Москве созданы и функционируют следующие структуры: психолого-социальная служба в онкогематологическом отделении №14 Морозовской детской клинической больницы, реабилитационный лагерь, городской клуб.

Работа психолого-социальной службы в онкогематологическом отделении Морозовской детской клинической больницы обеспечивается мультидисциплинарной командой, в которую входят клинический психолог, психотерапевт, арттерапевт, социальный работник, врач-реабилитолог, педагог дополнительного образования. Основными принципами работы команды являются: 1) постоянная работа с ребенком-инвалидом и семьей 2) согласованность действий с врачами отделения и руководителем службы – врачом-реабилитологом 3) периодическая супервизия. Специалист социальной работы является ключевой фигурой службы: он проводит диагностику социальных проблем и составляет социальный портрет семьи, планирует и координирует работу специалистов Службы с семьей, выбирая оптимальные пути выхода семьи из кризиса. Психолог и психотерапевт осуществляют психотерапевтическое сопровождение, направленное на улучшение адаптации ребенка и семьи: снижение стресса, контроль боли, работа с дисморфофобиями, профилактика отказов от лече-

ния, подготовка к трансплантации гемопоэтических клеток, работа со страхами, сопровождение паллиативных больных. Методы работы: семейное консультирование, индивидуальная психотерапия, арттерапия (клоунотерапия, сказкотерапия, игротерапия и пр.). Образовательная программа осуществляется арттерапевтом и педагогом дополнительного образования, которые организуют в отделении творческие мастерские, кукольный театр, конкурсы, выставки творческих работ, праздники и концерты. Так решается целый комплекс задач, направленных на адаптацию семьи и повышение качества жизни в новых для нее больничных условиях. Важным аспектом работы, направленной на академическую реабилитацию, является организация в отделении Интернет-школы, задачами которой являются не только обеспечение непрерывного учебного процесса, но и общение между детьми (форумы, конференции), а также, что особенно важно, укрепление веры ребенка в выздоровление.

Реабилитационный лагерь – новая для России и очень эффективная технология психолого-социальной реабилитации. Основной задачей, помимо оздоровительного отдыха, является социализация детей-инвалидов и сиблингов путем включения их в совместную творческую и игровую деятельность. Жизнь в лагере дает многим детям возможность осуществления общественной самореализации посредством усвоения социальных ролей, приобщения к общественным нормам и ценностям, то есть создает условия для преодоления социальной депривации, которая в той или иной степени имеет место в процессе лечения.

Формируется коллектив специалистов (включающий врача – детского онколога, психолога, арттерапевта, педагогов, вожатых), специфика работы которого основывается на безусловном принятии каждого ребенка, которое выражается: 1) в отказе от оценочного отношения к ребенку 2) при девиациях поведения – в углубленном анализе проблем ребенка и выработке адекватной педагогической тактики. Программа базируется на работе арт-терапевтических мастерских. Важными структурными элементами программы являются экологические занятия; занятия, формирующие 1) понятия об этике отношений, 2) навыки здорового образа жизни; занятия по гуманитарным предметам (истории, литературе, английскому языку, истории культуры и др.); а также культурно-развлекательные мероприятия: викторины, игры, конкурсы, экскурсии. Большое место в программе отводится физкультурно-рекреационной деятельности: спортивные игры, спартакиады, походы. Психолог проводит индивидуальные и групповые занятия с детьми, тренинги общения, командообразующие игры. Эта работа направлена на коррекцию детско-детских и детско-родительских отношений, снижение агрессии, избавление от страхов и пр. Таким образом, в лагере решаются проблемы психолого-социальной реабилитации: восстановление коммуникативных навыков, повышение самооценки, снижение тревожности, стимулирование познавательной активности, снижение родительской гиперопеки, устранение девиаций поведения, приобретение опыта жизни в разновозрастном коллективе.

Городской клуб организован на базе Центра детского творчества. Целью работы Клуба является социализация ребенка, перенесшего онкологическое заболевание, и его семьи. Задачи Клуба: развитие коммуникативных навыков; повышение самооценки; формирования активной социальной позиции; облегчение реинтеграции в школу, профессиональная ориентация; коррекция детско-родительских отношений.

В клуб приходят дети и подростки, перенесшие онкологические и другие тяжелые заболевания, сиблинги, здоровые дети, родители. В рамках клуба разрабатывается комплексная педагогическая программа, которая предусматривает:

1) включение детей-членов клуба в работу творческих мастерских, спортивных секций ЦДТ, а также их участие в культурно-образовательных программах центра
2) организацию специальных мероприятий для детей-членов клуба и их семей, имеющих образовательную или реабилитационную направленность: внутриклубные игровые, театральные занятия; психологическое консультирование; походы; праздники; экскурсии и пр. Таким образом, реализуется программа семейной реабилитации, основной особенностью которой является непосредственное участие родителей вместе с детьми в проводимых мероприятиях.

Работа клуба создает хорошие условия для развития творческих способностей детей, их самореализации, повышения образовательного уровня, личностного роста, нивелирования возможного вредного влияния окружающей среды, что, в конечном итоге, дает детям чувство уверенности в том, что они могут быть успешными как в общественной, так и в личной жизни. Для родителей проводятся юридические консультации, семейное консультирование, лекции на актуальные медицинские темы.

Ключевые слова: детская онкология, социализация ребенка, реабилитация.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Золотова А.Н.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,

Ростовский государственный медицинский университет,

г. Ростов-на-Дону

Родственники больных онкологическими заболеваниями психоэмоционально переживают не меньше, а иногда и больше самих больных, среди этой категории лиц часто отмечается, как явные, так и скрытые суицидальные попытки и тенденции. В течении первых 2-х лет после смерти онкобольного заболеваемость и смертность родственников возрастает на 40%. Сила психоэмоциональных переживаний у родственников больных раком головного мозга больше в сравнении с психоэмоциональным состоянием родственников больных другими хроническими заболеваниями и опухолями других локализаций так как больные опухолями головного мозга чаще требуют постоянного ухода, в связи с наличием неврологического дефицита, изначально неблагоприятный прогноз заболевания и низкая продолжительность жизни, часто в силу психических расстройств недостаточное осознание болезни самим больным и соответственно вся смысловая нагрузка ложится на родственника. В связи с вышесказанным исследование психоэмоциональной сферы у родственников больных раком головного мозга является актуальным.

Цель работы: исследование состояния психоэмоциональной сферы у родственников больных раком головного мозга.

Материалы и методы: обследовано 38 человек осуществляющих уход за своими родственниками, находящимися на стационарном лечении по поводу рака головного мозга. Исследование проводилось с помощью клинического метода и экспериментально-психологического с использованием шкал определения уровня тревожности Спилбергера-Ханина и определения уровня социального стресса.

Собственные результаты: В результате проведенного исследования у родственников больных раком головного мозга выявлены психические расстройства невротического уровня в 15,8% случаев, и психологические реакции, выраженные по интенсивности, в 84,2% случаев.

Невротические расстройства представлены у 1 человека острой реакцией на стресс (F 43.0), у 3-х – Диссоциативным расстройством (F 44.0) и у 2-х – Тревожным расстройством (F 41.0).

Все психологические реакции были представлены тревожными реакциями, а у 6 человек сочетаясь с истероидными.

В результате применения шкалы Спилберга-Ханина выявлен повышенный уровень реактивной тревожности в 85,7% случаев, средний в 14,3%, низкий не выявлен. В результате интерпретации результатов, полученных вследствие применения опросника определения уровня социального стресса, выявлен низкий уровень социального стресса в 80% случаев.

ВЫВОДЫ: В результате исследования психоэмоциональной сферы родственников больных раком головного мозга выявлены расстройства невротического уровня, доказано преобладание высокого уровня тревожности. На основании результатов проведенного исследования показана клиническая значимость оценки психического статуса родственников осуществляющих уход за больными раком головного мозга с целью определения адекватной медикаментозной терапии и методов психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: психоэмоциональная сфера, рак головного мозга, расстройства невротического уровня, родственники больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ КРЕАТИВНО-СТРУКТУРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ИКС-ПОДХОД)

Ивашкина М.Г.

РГМУ, заведующий кафедрой общей психологии РГМУ, г. Москва

Основная идея ИКС – терапии – фокусировка на личности клиента, как целостной и уникальной, исследование ее проблем в развитии на всем жизненном пути, и помощь личности в решении психологических проблем всем комплексом психотерапевтических мероприятий, способствующих развитию спонтанности, гибкости (креативности), рефлексии (структурности) и глобального осознания (интеграции).

Пространство личности можно представить в виде шара, который включает в себя сегменты с темами – проблемами разного уровня, например уверенность в себе и отвержение, отчужденность и симптомы бронхиальной астмы – это полюса одной группы сегментов, а креативность и булимия, сверхконтроль и игровая зависимость – полюса другой. Поэтому с помощью метода ИКС-психотерапии можно решать проблемы разного типа – проблемные состояния личности, кризисные переживания, зависимости, психосоматические расстройства, личностный и профессиональный рост, успех.

Теоретическими основаниями данного подхода являются взгляды на личность, ее развитие и проблематику в целостно-личностном подходе Н.И. Непомнящей, эпигенетической модели личности Э. Эриксона, теории объектных отношений, аналитической психологии К.Г. Юнга, трансперсональном подходе С. Грофа, транзактном анализе Э. Берна, гештальт-ориентированной терапии Ф. Перлза, гуманистической школе К. Роджерса.

Психотерапевтические приемы и техники во многом перекликаются с когнитивно-бихевиоральной терапией, НЛП, глубинной психотерапией, суггестивными методами, психодрамой, гештальт-терапией, арттерапией, телесно-ориентированной и системной семейной терапией.

В рамках длительной (более 15 лет) психолого-исследовательской работы был выявлен круг психологических особенностей, свойственный людям, страдающим злокачественными новообразованиями. Среди них преобладают следующие:

- а) идентификация собственной позиции с позицией ребенка;
- б) трудности осознания особо неприятных ситуаций в своей жизни и себя в этих ситуациях;
- в) трудности реагирования на неприятные события, неадекватное их тяжести реагирование;
- г) выраженная алекситимия;
- д) трудности осмысления содержания предлагаемых понятий;
- е) господство в ценностной сфере ценности реально-привычного функционирования и нормативной ценности, где более значимым фактом является сам факт следования нормам и требованиям, чем то содержание, которое скрыто за этими требованиями и нормами;
- ж) сниженная критика к состоянию болезни (как бы отрицается или уменьшается значимость ситуации болезни, пациент отстраняется от нее);
- з) превалирование экстернальности (по всем сферам, и особенно по сфере здоровья, семьи, общения) локуса контроля по сравнению с другими группами испытуемых;
- и) низкая значимость ценности «здоровья» по сравнению с другими группами соматических больных;
- к) «бедный» опыт болезней в преморбиде по сравнению с другими соматическими больными;
- л) наличие жестко сформированных, ригидных стереотипов здоровья и болезни;
- м) превалирование в детском опыте стилей воспитания, направленных на закрепление роли «ребенка» доминирующей матерью (потакающей или диктующей);
- н) в ряде случаев наблюдается «стихийная» деинфантилизация на пути выздоровления от злокачественной болезни в результате специальной психологической работы, направленной на переосмысление собственной жизни и своей «позиции» в ней;
- о) наличие «взрослой» позиции у ряда бывших онкологических больных (ремиссия 6–25 лет) в сочетании с более внимательным отношением к здоровью чем в контрольной группе, повышенной чувствительностью и реагированием на негативные ситуации, более «высокими» типами ценности.

Полученные данные помогли создать программу психокоррекционной и психореабилитационной помощи онкологическим больным. В рамках данной программы психокоррекционная помощь оказана 138 пациентам с разными формами и стадиями рака, получавшими стандартную терапию (операция, химиотерапия, радиотерапия).

Вот основные психотерапевтические задачи, решаемые в рамках этой программы:

1. Работа с конкретным симптомом – боль, тошнота, страхи и т.д.
2. Работа с темой здоровья и болезни (в целом), направленная на стимулирование у пациента процесса принятия болезни и здоровья, как важных аспектов жизни.
3. Работа с мифами рака.
4. Коррекция алекситимии.
5. Работа с ранними травматическими темами (к источнику проблемы) – обидами, стрессовыми переживаниями.
6. Работа с базовой проблематикой – доверие, границы, креативность, сексуальность и т.д.
7. Работа с семейными онкологическими сценариями.
8. Работа с экзистенциальными переживаниями (темы – «жизнь», «смерть», «жизненный путь», «смыслы жизни», «достижение мудрости»).
9. Структурирование и планирование будущего.

В результате психокоррекционных мероприятий значительно улучшилось качество жизни пациентов, были преодолены такие особенности, как алекситимия, «инфантильные» черты, ригидность, сверхнормативность, склонность к экстернализации. Увеличилась мотивационная готовность пациентов к разрешению экзистенциальных проблем, к принятию жизни и интеграции с новым экзистенциальным опытом. Данные исследования пациентов в ходе психокоррекционных мероприятий и после них показывают высокий процент (более 40%) выхода пациентов в длительную ремиссию, по сравнению с пациентами, не получавшими программы психологической коррекции.

***Ключевые слова:** психологическая коррекция, креативно-структурная психотерапия, психореабилитационная помощь.*

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Королькова Е. Ф.

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер».

Отделение реабилитации стомированных пациентов,

г. Санкт-Петербург

Проблема, которую мы рассматриваем, а именно, проблема реабилитации стомированных пациентов, чрезвычайно обширна и многогранна. Основная цель сообщения в том, чтобы познакомить вас с некоторыми аспектами работы отделения реабилитации стомированных пациентов городского клинического онкологического диспансера Санкт-Петербурга.

О социальной значимости и масштабах проблемы свидетельствуют следующие данные. В России, по ориентировочным оценкам, на каждые 100 тысяч насе-

ления – 100 человек стомированы. В Санкт-Петербурге это около 5 тысяч человек, а в масштабе всей России порядка 150 тысяч.

Наше отделение было организовано более 13 лет назад. На отделении проводится комплексная медицинская, социальная и психологическая реабилитация пациентов, перенесших операцию, хирургическим последствием которой является вывод кишечника на переднюю брюшную стенку.

Любая хирургическая операция наносит человеку психологическую травму, которую каждый осознает и чувствует по-разному. Причем, если иметь в виду стомированных пациентов, то практически все они оказываются неподготовленными как к самому факту операции и ее хирургическим последствиям (человек лишается возможности контролировать деятельность своего кишечника), так и к последующей жизнедеятельности со стомой. Ведь принципиальным отличием этой категории людей от других является невозможность сохранения привычного образа жизни после операции, нередки случаи полной потери трудоспособности, инвалидизация, что кардинально изменяет их социальный статус и, как правило, влечет за собой серьезные материальные потери.

При этом не следует забывать, что в 95% случаев причиной подобных операций является онкологическое заболевание. В сравнении со многими другими на психологическом уровне оно переносится особенно тяжело. Для того, чтобы человек не оставался наедине со своей бедой, и был организован «Стома-центр», который оказывает помощь всем стомированным пациентам Санкт-Петербурга. Неотъемлемая составная часть его деятельности – психологическая помощь пациентам.

Данная работа ведется по нескольким направлениям. На начальном этапе – это организация психологического консультирования в предоперационный период на отделении абдоминальной хирургии. Существенным моментом является тесное взаимодействие с хирургами отделения, согласование своих действий с лечащим хирургом пациента, с которым запланирована консультация.

Психологическая поддержка осуществляется и в ранний послеоперационный период. Важность и необходимость такой поддержки определяются тем, что проблемы, возникающие в этот период, связаны не только с уходом за стомой, но и с серьезными моральными переживаниями, поскольку пациенту приходится адаптироваться к жизни с новыми физиологическими особенностями. Наличие стомы может угнетающе действовать на психику оперированного, порождая глубокую депрессию и душевный кризис от бессилия и беспомощности.

Что касается психологической помощи, организованной непосредственно на самом отделении, это, прежде всего, ознакомительные беседы с первичными пациентами, основанные на прояснении психоэмоционального и соматического состояния, а также психологической беседы и консультации с пациентами, уже состоящими на учете. Многие из пациентов обращаются за помощью неоднократно.

В прошлом году на отделении проводилось анонимное анкетирование наших пациентов. Как показала статистика, состояние тревожности, беспокойства, связанные непосредственно с основным онкологическим заболеванием и сопутствующими заболеваниями, возникали не реже, а зачастую и чаще, чем, к примеру, с самим фактом стомирования. В таком случае особенно актуальны вопросы о психоэмоциональном состоянии онкологических больных.

Психологическую работу со стомированными пациентами нельзя сводить только к проблемам, связанным с последствиями перенесенной операции. К ней нужно подходить с более широких позиций. В процессе консультирования стомированных

пациентов на отделении реабилитации затрагиваются различные аспекты жизни, ведь жизнь стомированных людей отнюдь не утрачивает своего истинного смысла и их волнуют все те же проблемы, что и более или менее здоровых людей.

Отметим также: значительную специфику психологической работе придает тот факт, что подавляющую часть контингента, посещающего стома-кабинеты, составляют лица старшего и пожилого возраста.

Для пациентов, нуждающихся в своевременной психологической поддержке в случае отсутствия возможности обратиться к специалисту очно (к примеру, для лежачих пациентов) часто практикуется телефонное консультирование. Судя по нашему опыту, его следует рассматривать как достаточно эффективный способ оказания психологической помощи.

Системный характер проводимой работы выражается также и в том, что на всех этапах взаимодействия с пациентом для их родных и близких так же проводятся психологические консультации.

Неоднократные обращения близких и родственников пациентов за психологической помощью и поддержкой показали, что онкологические заболевания их родных и хирургические последствия операции зачастую затрагивают всех членов семьи. Необходимо понимать, что родственники также тяжело страдают, и им тоже необходимы внимание и помощь.

Можно утверждать, что психологическая работа должна проводиться не только с самим пациентом, но и с его близким окружением.

Таким образом, опыт работы на отделении показал, что психологическая работа с пациентами и их родственниками является неотъемлемой органической составляющей всего процесса реабилитации. Психологическая поддержка и помощь включены во все этапы реабилитационного процесса и являются одним из важнейших факторов возвращения стомированных людей к нормальной жизни.

Ключевые слова: стомированные пациенты, реабилитация, психологическая-помощь.

ПОНЯТИЕ ВТОРИЧНОЙ ВЫГОДЫ ОТ БОЛЕЗНИ

Малышева Е.В.

Онкопсихолог, г. Москва

Болезнь – это не просто неприятное состояние, она затрагивает основы существования человека.

Личностный смысл болезни – это жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности.

Существует целый спектр типов личностного отношения к болезни: болезнь как враг; наказание; слабость; способ решения жизненных проблем и другое.

Впервые понятие выгоды от болезни было описано З. Фрейдом, который ввел такие термины, как первичная и вторичная выгоды от невроза.

По Фрейду, в случае первичной выгоды, человек с помощью иррационального поведения избавляется от психологического напряжения. К примеру, человек может испытывать навязчивую потребность в мытье рук, если хочет как бы смыть грязь от общения с плохими людьми. Страх перед темнотой может отражать страх

перед миром, в котором трудно разобраться. В этом случае, отстаивая свое нежелание входить в темноту, человек иррациональным образом отстаивает свое право не входить в мир, в котором он не может разобраться. С момента осознания невротического симптома как иррационального стремления к первичной выгоде человек от симптома освобождается.

Но существует и вторичная выгода от болезни. Болезнь дает человеку немалые привилегии – возможность самому не подстраиваться, право требовать подстройки от других. Плюс освобождение от работы, санатории и так далее. В случае первичной выгоды сам человек страдает от своего иррационального поведения. В случае вторичной выгоды, от его иррационального поведения страдают другие.

В современной медицинской универсальной энциклопедии и словаре практического психолога понятию «вторичная выгода» от болезни дано два следующих определения:

- 1) использование инстинктом самосохранения и «Я» ситуации болезни для обретения определенных преимуществ, материальных или психологических;
- 2) реальные или предполагаемые преимущества и привилегии, обретаемые больным вследствие патогенных симптомов или болезни.

Несмотря на то, что болезнь означает страдание и боль, она одновременно помогает решить и некоторые проблемы, встающие перед человеком. Часто мы имеем вторичные, неосознанные выгоды от своего заболевания. Такие неосознанные выгоды могут быть обусловлены:

- потребностью в проявлении дополнительного внимания и заботы со стороны родных и близких людей;
- возможностью получить больничный и какое-то время не работать или не учиться;
- страхом перед предстоящим ответственным событием (экзамен, встреча, переговоры, сделка и т.п.);
- усталостью от гонки, суеты и напряжения, когда только болезнь дает возможность отдохнуть, насильно укладывая в постель и заставляя выспаться;
- плохими отношениями с начальством или коллективом, или неудовлетворенностью от своей работы;
- и многие другие причины.

В большинстве случаев болезнь нам зачем-то нужна, так как от чего-то защищает и в чем-то помогает. Болезнь является своего рода «разрешением», дающим человеку право вести себя так, как он никогда бы не осмелился, будучи здоровым.

Американские специалисты С. Саймонтон и К. Саймонтон в своей книге «Психотерапия рака» выделили две задачи, с которыми сталкивается пациент при определении «преимуществ» заболевания:

- 1) определить те потребности, которые оказываются удовлетворены благодаря болезни;
- 2) найти пути удовлетворения этих потребностей иным образом, без участия болезни.

Заболевание сказывается на каждой личности по-разному, действуя не только на организм пациента, но и на его психику. Многообразии типов личностного отношения к болезни определяется многообразием ее личностных смыслов.

Дж. Липовски изучая варианты реагирования на болезнь, сформулировал следующую классификацию личностного осознания болезни:

1. Болезнь как препятствие, которое должно быть преодолено.
2. Болезнь как враг, угрожающей целостности.
3. Болезнь как наказание за прошлые грехи.
4. Болезнь как облегчение и «великий разрешитель», который позволяет теперь «жить, как хочу».
5. Болезнь как стереотип приспособления к жизни.
6. Болезнь как положительная ценность и учитель. Болезнь, заставляющая пациента стать более психологически зрелой личностью, дающая более возвышенный смысл существования и понимания причинно-следственных связей в жизни.

От чего же зависит, какой вариант реагирования выбирает пациент? Человек реагирует на свою болезнь в зависимости от многих факторов:

- от уровня его физического и психологического развития;
- от вида и объёма оперативного вмешательства;
- от возраста пациента;
- от социального и семейного статуса пациента;
- от характера и степени психологической зрелости;
- от наличия психологических ресурсов в виде семьи, возможности продолжать работать и быть включенным в общество;
- от выработанных в процессе жизни эффективных механизмов преодоления трудных, стрессовых ситуаций и т. д.

Поэтому, работая с больным человеком, мало понять его психологические трудности, важно увидеть, как он воспринимает свою болезнь и какие «преимущества» он получает от заболевания, то есть какие проблемы помогает ему «решить» болезнь.

В медицинской практике используется термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ).

Р.А. Лурия определяет ВКБ как «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, его самочувствие, представление о своей болезни, о ее причинах и другое».

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделять следующие типы людей, по-разному реагирующих на болезнь:

- нормальный – человек реально реагирует на свое состояние;
- пренебрежительный – недооценивает тяжесть возникшего состояния;
- отрицающий – не признает факт заболевания;
- ипохондрический – человек погружается, психологически «уходит» в болезнь;
- нозофобный – преувеличивает опасения за свое здоровье, ясно осознавая степень такого преувеличения;
- нозофильный – получает удовлетворение от возможности освободиться от ряда обязанностей из-за болезни;
- утилитарный – сознательно строит стратегию поведения под возможность получения моральной или материальной выгоды от болезни.

Изменение смысла ощущений возможно из-за того, что само значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом.

Возможные варианты соотношения болезни и мотива:

1. Болезнь в качестве мотива: такое трудно представить, но если такие случаи и существуют, они требуют специального анализа.

2. Болезнь, как условие, препятствующее достижению мотива.
3. Болезнь как условие, способствующее достижению мотива.
Здесь один из основных смыслов болезни – позитивный смысл.
4. Болезнь как условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее другим.

Существует особый класс больных, извлекающих из своей болезни своеобразную выгоду (это происходит из-за того, что болезнь характеризуется не только психосоматическим страданием, но и формирует особую систему «индивид – общество»).

Вторичная выгода за счет роли больного может реализовываться как:

- материальная;
- нематериальная;
- экзистенциальная (получение внимания и любви).

В европейском обществе болезнь воспринимается как легальная возможность отказа от индивидуальной ответственности за неудачи, возможность сохранения высокой самооценки, несмотря на отсутствие ее адекватного подтверждения. Человек не ответственен за свои болезни, его нужно жалеть (но: одновременно есть и общественная изоляция).

В восточных культурах болезнь не снимает ответственности с человека, а демонстрация болезни воспринимается как демонстрация собственной слабости.

Болезнь – это испытание на прочность, как для пациента, так и для его близкого окружения. И эффективность лечения и возвращения пациента к активной и полноценной жизни в обществе зависит от понимания и осознания больным и членами его семьи преимуществ, которые может давать болезнь пациенту, а также какие установки и поведение помогают в борьбе за жизнь больного, а какие установки являются ловушками, тормозящими процесс лечения.

***Ключевые слова:** вторичная выгода от болезни, внутренняя картина болезни, реагирование на болезнь.*

НОВЫЙ ИНСТИТУТ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Назарова О.В.

Автономная некоммерческая организация
«Проект СО-действие», г. Москва

На сегодняшний день не существует проектов, способных полностью удовлетворить потребность человека быть здоровым и телом, и духом, несмотря на кажущееся обилие различных оздоровительных систем и практикующих их учреждений.

Самые известные из них: фитнес, йога, слияние восточных практик с западным мышлением (центры Ошо, Коан и т.д.), велнес, различные виды психологической помощи, обилие литературы на тему здоровья и т.д.

При очевидной доступности различных систем для жителей, по крайней мере, мегаполисов, только тотальная увлеченность и регулярная практика подобных мероприятий обеспечит соответствующее снижение заболеваемости, увеличение продолжительности жизни и др. критерии эффективности.

Почему же этого не происходит? Возможные причины: отсутствие комплексного подхода к профилактике заболеваний, снижающих продолжительность и качество жизни (сердечно-сосудистые, онкологические).

В традиционной медицине психологические аспекты причин и методов лечения болезни, в лучшем случае, на последнем месте, тогда как доказана связь между повторными стрессами и возникновением, например, онкологии.

И ввиду тотальной психологической безграмотности образуется порочный круг, когда человек чувствует потребность в изменении, новом образе жизни, который позволит не чувствовать себя несчастным, не пребывать в плену травмирующих установок, а быть свободным. И, чтобы избавиться от внутреннего напряжения, человек идет чаще всего в спортзал, где, возможно, приобретает наращивание мышечной массы, и коррекцию фигуры, но не избавление от внутренних проблем.

Психологов как специалистов, как правило, не воспринимают, и у отдельных людей есть ассоциация с психической болезнью. Восточные практики, в силу особенностей российского менталитета, ассоциируются с боевыми искусствами, йогой и «непонятной» медитацией и также не находят большого распространения.

В связи с чем возникает необходимость комплексного подхода к привлечению населения к теме психологического здоровья, включающего в себя критерии:

1. Приемлемость информации (т.е. отсутствие связи с установками, которые оттолкнут от этих методов). Например: избегание навязывания консультаций у психолога (применение другого модного термина – коучинг) введение в программу методов из восточной философии наряду с прочими, разнообразие программ и индивидуальный подход к запросам клиентов.

2. Получение информации о необходимости психологической профилактики от лиц, пользующимися уважением у клиента (врачей, косметологов и т.д.).

3. Территориальная привлекательность мероприятий. Будет удобно, если тренинги и консультации будут проводиться в месте, известном клиенту и ассоциирующимся со здоровьем.

Лечебно-профилактические учреждения, SPA-салоны и т.д. как нельзя более соответствуют критериям, из них предпочтительнее частные клиники с наличием косметологических кабинетов, как учреждения, куда приходят люди, способные потратиться на свое здоровье и получить информацию о важности профилактики именно от медицинских работников.

В 2009 году МЗ РФ запущена программа по формированию здорового образа жизни, в которой, в том числе, говорится о необходимости сохранения собственного здоровья каждого гражданина и развитию необходимых для ведения здорового образа жизни инфраструктур.

Одним из направлений деятельности АНО «Проект СО-действие», помимо оказания психологической и правовой помощи тяжело больным, является работа по просвещению здорового населения для снижения онкозаболеваемости.

С этой целью был основан Институт Индивидуального Здоровья© – новая область общественных отношений, создаваемая как система отношений человека с командой специалистов, работающих над следующими задачами: показать равноценность всех факторов, влияющих на здоровье, сделать основной упор на психологические аспекты как упущенные исторически, сформировать ответственное отношение к здоровью и модели поведения, обеспечивающие «психологический иммунитет», через индивидуальный подход к каждому человеку.

Основное отличие ИИЗ от других институтов психологии и здравоохранения: благодаря уникальным методикам, мы являемся инициаторами формирования запроса от индивида, что повысит информированность и будет способствовать привлечению большего числа людей к нашим программам.

Таким образом, ИИЗ занимает свою нишу, согласующуюся и дополняющую программу МЗ по формированию здорового образа жизни и по снижению заболеваемости и смертности от основных причин («дорожная травма», сердечно-сосудистые и онкологические заболевания).

Ключевые слова: профилактика онкологических заболеваний, информирование населения.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В ОТДЕЛЕНИИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Нугаева Р.Р.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ,
отделение хосписной помощи, г. Казань

Онкологические заболевания приводят не только к функциональным и органическим нарушениям. Их особенностью является то, что они ставят перед больным и его близкими сложные психологические проблемы. В Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ в отделении паллиативной помощи и реабилитации с декабря 2002 года организована выездная психологическая служба.

Цель: оказание психологической помощи больным и членам их семей. Психологическая работа состоит из нескольких направлений:

1. Работа с больными – психологическое консультирование, которое включает в себя психодиагностику больного, психологическую коррекцию и терапию.
2. Работа с персоналом – это формирование коммуникативной компетентности медицинского персонала, включающая знание личностных особенностей больного, типов реагирования на заболевание; развитие высокого уровня эмпатии персонала; психопрофилактика синдрома «эмоционального выгорания».
3. Работа с родственниками – включает прояснение личностных особенностей больных, семейных отношений, обучение членов семьи новым формам поведения с больным, поиск психологических ресурсов.

Выезжая на дом к больному, психолог имеет возможность на месте с учетом физического состояния больного провести психодиагностику пациента и членов его семьи, при необходимости – психокоррекцию и психотерапевтическую работу. Наш опыт показал востребованность выездной психологической службы, которая в комплексе с медицинской помощью улучшает качество жизни онкологических больных.

Медицинский персонал приобретает навыки построения отношений с онкобольными, осознания своих чувств, возникающих в процессе работы с больными, а также навыки и умения справляться с собственным стрессом.

Ключевые слова: психологическая помощь онкобольным, выездная психологическая служба, работа с медицинским персоналом, работа с родственниками онкобольных.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ ОНКОПСИХОЛОГА. ПОНЯТИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Нугаева Р.Р.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ,
отделение хосписной помощи, г. Казань

Этика (лат., греч.) – «благо», «долг»:

- 1) учение о морали, ее сущности, значениях для человека и общественной истории;*
- 2) система норм нравственного поведения.*

Деонтология – «учение о должном». В медицине и онкологии в частности можно выделить самостоятельный раздел – медицинская деонтология, а применительно к онкологической практике – онкологическая деонтология, который изучает основные нормы и правила отношений в ситуациях, когда один из людей болен. Деонтология основывается на этических установках и медико-психологических знаниях и предусматривает в качестве необходимого условия наличие у специалиста высокой квалификации и профессиональных навыков.

Онкологическая деонтология находится в настоящее время в развитии. Она уже сегодня подразумевает многие аспекты: должные отношения лечащего врача и больного, медицинского персонала и больного, медицинского персонала между собой, отношения с родственниками, отношения последних с больными и многое другое. Деонтологические аспекты на разных этапах общения с больным – в период обследования в поликлинике и уточнения диагноза, лечения в стационаре и обсуждения его вариантов, дальнейшего диспансерного наблюдения за ним – имеют свои особенности и подлежат неукоснительному соблюдению обеими сторонами – врачом и больным. Знание медицинской психологии обеспечивает успех индивидуального подхода к больному с учетом тяжести заболевания, сопутствующих патологий, а также особенностей его психологического статуса, которые в процессе заболевания заостряются и накладывают свой отпечаток на состояние больного и характер его жалоб. Деонтологический подход обеспечивает больному определенный психологический комфорт и является залогом успешного взаимодействия со специалистом. В онкологии одним из самых спорных является вопрос о степени информирования больного относительно диагноза и прогноза заболевания с учетом всех этических и законодательных норм, а также психологических возможностей больного воспринять эту информацию. Часть специалистов считает, что больным необходимо говорить правду о диагнозе и прогнозе, подчеркивая при этом, что речь идет только об умирающих, неизлечимых больных. Обосновывая свою точку зрения, они мотивируют ее тем, что больной должен при жизни выполнить ряд обязательств перед семьей, позаботиться о приведении в порядок своих дел. Другая часть врачей считает, что озвучивание диагноза обусловлено невозможностью помочь больным, и именно это подталкивает врачей открыть правду. Также приходится сталкиваться с категоричной точкой зрения некоторых врачей не сообщать диагноз ни при каких обстоятельствах, мотивирующих это заботой о психологическом состоянии пациента, или тем, что больные должны сами догадаться о своем диагнозе, раз уж они находятся в специализированной клинике. Чаще всего за этим стоит страх перед реакцией больного, неумение оказывать элементарную психологическую поддержку. Врач должен осознавать о ком он «заботиться» в данный момент – о соб-

ственном психологическом комфорте или больном. Необходимо помнить, что пациент имеет право на предоставление сведений о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе, плане лечебных мероприятий, (ст. 31 Конституции РФ). Клиническому психологу, работающему в стационаре, нередко приходится выполнять роль посредника между пациентом и врачом. В отечественной системе здравоохранения был развит патерналистский подход, когда врач выступал в роли отца, отвечающего за пациента (ребенка), лучше знающего его потребности, желания, проблемы. Такая тактика может быть оправдана в общении с инфантильными, психастеничными больными, как временная мера, но не постоянный стиль общения. Необходимо выяснить, какого рода информация нужна пациенту и давать ее, ориентируясь на ряд параметров – возраст, уровень интеллекта, психологическое состояние больного, постоянно уточняя насколько верно он ее понял и, самое главное, что он будет предпринимать на основании полученного. Первые контакты с пациентом должны быть направлены на формирование альянса «специалист-пациент» и включать в себя выяснение и изучение установок больного, его ожиданий, опасений, оценки им происходящего и переживаний, связанных с болезнью, словом, всего того, что включает в себя внутренняя картина болезни. Для получения интересующей информации необходимо задавать понятные для пациента вопросы, не перегружая свою речь профессиональными терминами. Понимание ВКБ, как и психотерапевтический контакт возможны, если врач и больной говорят на одном языке. ВКБ может существовать в виде образа или логического утверждения. И вот здесь может происходить нестыковка, т.к. врачам необходимы конкретные жалобы, а образы не вписываются в алгоритм сбора анамнеза. Психологу легче понять образный язык и «перевести» его в удобный для врача.

Каковы особенности работы медицинского психолога в онкологической клинике, в частности в отделении хосписной (паллиативной) помощи?

- 1) Работа с больными – не обманывать пациента, но и не быть слишком откровенным, давать столько информации, сколько пациент может принять и понять, быть готовым к разговорам на тему смерти, (в том числе суицида, эвтаназии), смысла жизни, страданий, веры в бога, уметь оказать духовную поддержку, которая возможна только при полном взаимном доверии.
- 2) Работа с семьей – по значимости иногда может выходить на первый план, Первая встреча на дому с родственниками больного требует особых умений, так как семья уже находится в стрессовой ситуации и любое вторжение посторонних может спровоцировать конфликт. Психолог и здесь может выступать в роли посредника, объясняя близким тактику работы отделения, врача, смысл проводимого лечения, помогая сохранить баланс между неоправданным оптимизмом и полной потери веры и надежды в исправлении ситуации. Психолог может оказаться единственным доверенным лицом, которому будут открыты многие моменты (например, что больного лечат народными средствами, игнорируя рекомендации врача, от больного могут скрывать диагноз, результаты исследований), влияющие на ход лечебного процесса.
- 3) Работа с персоналом – заключается не только в психологическом просвещении, профилактике эмоционального выгорания, но и в поддержании комфортного микроклимата, сплоченности и взаимопомощи.

Ключевые слова: онкологическая деонтология, паллиативная помощь, тактика работы медицинского психолога.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «МАНДАЛА» ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Пономарева Л.В.

Онкопсихолог, г. Абакан

Осуществлять подбор психодиагностических методов для работы с разными категориями людей нелегкая задача, поскольку необходимо учитывать множество параметров, для изучения которых и подбирается диагностический инструментарий.

Использование психологом, психотерапевтом дополнительных психодиагностических средств в работе с пациентами онкологического профиля является также сложным вопросом. Основными критериями можно обозначить надежность, валидность методики, минимальное количество занимаемого времени, интерес пациента к процессу исследования и его результатам. Большинству этих критериев соответствуют проективные методики, направленные на изучение различных сторон психической деятельности пациента.

Проективная методика «Мандала» применяется как самостоятельно, так и в сочетании с другими тестами, для первичной диагностики пациентов так и для изучения результатов психотерапии и других воздействий. Она помогает выявить некоторые особенности личностных свойств и состояний пациента.

Технику рисования мандал начала широко использовать в своей работе с 60-х годов Д. Келлогг, позднее были представлены результаты применения этой методики при работе с пациентами, перенесшими операцию в результате онкологического заболевания (Clarke, E., 1995).

Эта методика обладает не только диагностической функцией, но и психотерапевтической – помогает пациентам реализовать свою творческую энергию. Обсуждая ее результаты с пациентом можно заметить, на какие стороны его жизни необходимо обратить внимание в дальнейшей работе. Также использование данной методики позволяет выявить особенности настроения пациента на лечение, а также изучить общий эмоциональный настрой и желание жить. Мандала становится эффективным средством работы лишь в том случае, если мы рассматриваем ее как часть непрерывного процесса развития и изменений.

Клинический пример: пациентка З. Диагноз меланома кожи левого плеча I стадии, затем были обнаружены метастазы в подмышечных лимфоузлах, в итоге метастазирование в легкие и головной мозг (левая лобная доля и теменно-затылочная область). После знакомства, беседы и установления контакта, мы

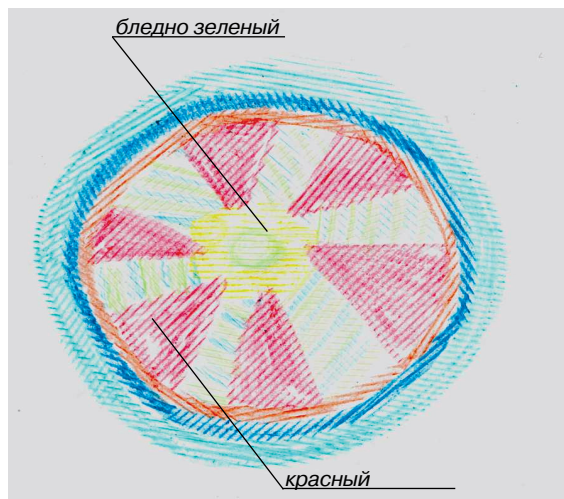


Рисунок «Мандала» пациентки З.

использовали методику «Мандала» для диагностики особенностей ее личности и текущего эмоционального состояния пациентки.

Из рисунка можно сказать, что в текущий момент времени, для З. характерно застревание на проблемах, хождение по кругу. В ее рисунке присутствует очень тревожный знак, индикатором прекращения роста и развития служит круг в центре рисунка бледно зеленого цвета. Это также говорит об утрате З. ее энергетического потенциала, а слишком плотные внешние границы рисунка свидетельствуют о закрытости З., о сильных внутренних границах «Я», которые не дают возможности выхода имеющимся деструктивным тенденциям, которые постепенно действуют разрушающим образом и дезорганизовывают личность З. в целом.

Также показателем присутствия деструктивных тенденций, гнева и потребности в мести служит большое количество использования красного цвета в изображении.

Наряду с этим отмечается способность заботиться об окружающих, зрелость личности, адекватная самооценка, способность отстаивать свои интересы.

Сигнал об эмоциональном истощении и прекращении роста и развития подтвердился тем, что пациентка умерла через три недели после рисования мандалы, учитывая, что на момент исследования она отмечала хорошее самочувствие.

Опираясь на подобные примеры можно сделать вывод об информативности и эффективности применения этой методики при работе с пациентами онкологического профиля. Замечая сигналы, содержащиеся в рисунке, можно обращать внимание на наиболее проблемные стороны жизни пациента, и прорабатывать трудности, которые с ними связаны для улучшения качества его жизни.

Самым главным является общение с пациентом и опора в своих выводах в основном на беседу с ним, так важно слышать и понимать больного, его потребности, его надежды в отношении лечения и психотерапии, особенности его жизненной ситуации, иметь в виду его интеллектуальные, моральный, физические, духовные и материальные способности. Ведь в этом, по сути, и состоит главная задача психодиагностики пациентов имеющих онкологический анамнез – сбор информации, которая поможет выбрать подходящий для него вариант психотерапии и в последующем оценка эффективности проведенной работы.

Ключевые слова: проективные методики, психологическая помощь, проективная методика «Мандала», работа с онкобольным пациентом.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Пономарева Л.В.

Онкопсихолог, г. Абакан

Изучив литературу по проблеме оказания психологической и психотерапевтической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, мы разработали анкету для опроса онкологических больных, позволяющую выявить особенности образа жизни больного. А также разработали систему оказания психотерапевтической помощи онкологически больным пациентам. Эта система во многом опиралась на концепцию К. и С. Саймонтона по оказанию психотерапевтической

помощи онкологическим больным. Помимо этого в индивидуальном психологическом консультировании мы использовали методы арт-терапии и НЛП. В процессе работы с пациентами мы использовали методику «Мандала» и анкету, которая позволяла нам оценить эффективность нашей работы.

Нами была сформирована выборка, состоящая из 4 пациенток проходивших курс химиотерапевтического лечения в Хакасском республиканском онкологическом диспансере. В исследование вошли пациентки с диагнозом злокачественное новообразование различной локализации.

Поскольку работу с каждой пациенткой мы анализировали качественно, то хочется рассказать о нашей системе на примере одной из пациенток.

Пациентка Т. 36 лет диагноз карцинома поджелудочной железы 4 стадии. При знакомстве с пациенткой мы предлагали ей анкету для исследования особенностей стрессовых ситуаций, в которых она оказывалась и способов реагирования на них. После мы с Т. обсуждали вопрос о том, почему по ее мнению возникло данное заболевание, она отмечала – стресс, вызванный длительно тянувшимся конфликтом с руководителем на рабочем месте.

Далее, мы предлагали методику «Мандала», что позволяло нам установить с ней более тесный контакт и выявить личностные особенности пациентки, а ей помогало открыться, обсуждая полученный рисунок.

После этого, мы в беседе собирали информацию о ее представлениях о своем заболевании и просили изобразить это на бумаге. Обсуждая полученный рисунок, мы делали вывод о малой позитивности и эффективности этого представления, исходя из критериев эффективности сформулированных К. и С. Саймонтоном. Поэтому для изменения этого представления мы предлагали пациентки технику «Исцеляющая визуализация» и для оценки проделанной работы следом технику «Мысленный образ заболевания», убедившись, что на эмоциональном уровне представление о заболевании начало изменяться, давали ей домашнее задание в виде ежедневного применения техники «Исцеляющая визуализация».

Во время следующих встреч мы также использовали вышеупомянутые техники, и это домашнее задание сохранялось за пациентками в течение всей нашей работы.

В одну из завершающих встреч мы предлагали пациентке технику «Внутренний наставник» для обретения внутреннего психологического ресурса и силы для дальнейшего лечения и социальной реабилитации. На протяжении всей терапии мы применяли техники и методы по снятию болевых ощущений, визуализации здоровья и эффективности традиционного лечения, вторичной выгоды заболевания преодоления проблемы бессонницы, а также изменения отношений в семье.

Через полгода после окончания наших с пациенткой встреч мы оценивали эффективность нашей работы с помощью рисунка «Мысленный образ заболевания», для оценки отношения к заболеванию пациентки и представления о нем.

Также мы использовали анкету, которая позволяла выяснить, чему смогли научиться пациентки во время психотерапии. Были получены следующие результаты: 33,3% научилось снимать накопившееся психическое напряжение как после курсов химиотерапии, так и в повседневной жизни. 66,6% научились снимать мышечное напряжение. Этому способствовали упражнения на визуализацию процесса выздоровления, поскольку содержали в себе элементы мышечной и дыхательной релаксации.

100% пациенток на сегодняшний день внимательнее относятся к своим потребностям. На наш взгляд приобретению этих навыков способствует упражнение «Внутренний наставник». 66,6% пациенток научились сознательно регулировать боле-

вые ощущения. 100% пациенток считают, что занятия с психологом помогли физически и эмоционально легче переносить курсы химиотерапевтического лечения и что пациентки нуждаются на этом этапе лечения в консультировании психологом.

Также нам удалось повлиять на изменение типа отношения к болезни пациенток в процессе психотерапевтических встреч посредством использования психотерапевтических техник. Эти изменения произошли у всех пациенток, начиная с первой встречи, и продолжали видоизменяться в течение всей психотерапии.

Такие изменения стимулирует техника «Исцеляющая визуализация» путем изменения позиции пациента по отношению к заболеванию, позволяет обрести положительный настрой относительно лечения и прогноза заболевания.

Это значит, что пациентки научились помогать себе посредством положительных образов и мыслей, с помощью техник снятия мышечного и психического напряжения, что позволяет с надеждой смотреть в будущее, избавиться от страхов.

Таким образом, психологическое консультирование пациентов в период химиотерапевтического лечения положительно влияет на их самочувствие и позволяет изменить отношение к болезни. Особенности психотерапевтической работы с пациентами, имеющими онкологический анамнез, заключаются в адекватном и системном подборе методов и техник, которые позволяют снять или облегчить негативные последствия традиционного лечения и помогают пациентки освободиться от «ракового сознания».

***Ключевые слова:** психотерапевтическая помощь пациентам, внутренняя картина болезни, проективная методика.*

ПРАВОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Радус А.Е.

Автономная некоммерческая организация
«Проект СО-действие», г. Москва

Сам термин «право» можно рассматривать в нескольких значениях. Право в широком смысле – совокупность юридических норм, регулирующих общественные отношения. В узком смысле право практически означает возможность, дозволение, свободу. Также право можно рассматривать как ресурс, который может быть использован для поддержки пациента.

Лечению онкологических заболеваний сопутствует неопределенность, которую только усугубляет незнание своих законных прав и свобод. В то же время, знание своих прав и возможностей способно устранить хоть малую часть той неопределенности и помочь пациенту получить лечение, необходимые лекарства и льготы.

Исходя из норм закона, можно выработать общий порядок действий, следуя которому, пациент сможет достичь поставленных целей. К тому же юридически грамотное поведение в непростой ситуации зачастую позволяет предотвратить возникновение многих проблем.

Перечень прав пациента закреплен в ст. 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. В частности пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ);
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 настоящих Основ;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со ст. 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставлении отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В обществе всегда был силен правовой нигилизм, и по-прежнему весьма распространенной является позиция, что прав у человека нет, а законы не работают. Это совершенно неверно, потому что всякое право должно быть подкреплено не только соответствующей обязанностью его исполнять, но и действиями самого пациента по реализации своего права. Очень важно открыть пациенту глаза на сам факт, что он не бесправен, и все, что ему нужно сделать – заявить об этом.

Существует достаточно простой и универсальный способ решения проблем – обращение с письменным заявлением в медицинские учреждения и уполномоченные органы. В отличие от устного обращения, такое заявление не могут оставить без внимания, на него должны дать письменный мотивированный ответ. И если законных оснований для отказа нет, то чиновнику будет гораздо проще удовлетворить требования пациента, чем подвергать себя риску и писать заведомо необоснованный отказ.

Основные нормативные акты в области здравоохранения:

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1;
- Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1;
- Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденные постановлением Правительства РФ от 13 января 1996г. № 27;

- Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ;
- Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ;
- Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ;
- Федеральный закон «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 года № 86-ФЗ;
- Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» от 30 июня 2004 года № 321.

Медико-социальная экспертиза, оформление инвалидности и временной нетрудоспособности:

- Постановление Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом» от 20 февраля 2006 года № 95;
- Постановление Правительства Российской Федерации «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 16 декабря 2004 г. № 805;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности» от 1 августа 2007 года № 514;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» от 22 августа 2005 г. № 535;
- Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. № 17 «Об утверждении разъяснения «Об определении учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности».

Социальные услуги и получение льготных лекарств:

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О порядке отпуска лекарственных средств» от 14 декабря 2005 года № 785;
- Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ;
- Постановление Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» от 5 декабря 2008 года № 913;
- Приказ руководителя Департамента Здравоохранения города Москвы «Об утверждении перечня аптечных пунктов и аптечных предприятий по отпуску лекарственных средств и изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи» от 15 декабря 2005 года № 480;
- Постановление Правительства РФ «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями» от 7 апреля 2008 г. № 240;

- Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно (утвержден Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890);
- Указ Президента РФ «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» от 2 октября 1999 г. № 1157.

Обращение в органы государственной власти:

- Федеральный конституционный закон «Об уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» от 26.02.1997 года № 1-ФКЗ;
- Федеральный закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ;
- Закон РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан» от 27 апреля 1993 года № 4866-1.

Ключевые слова: медицинское право, правовая защита пациентов, оформление инвалидности, законодательные акты.

ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Соколова О.А.

Школа здоровья «НАДЕЖДА» Некоммерческое партнерство «ЛАДА», г. Хабаровск

«**З**доровый организм характеризуется состоянием гомеостаза, или динамического равновесия; здоровье связано с гибкостью, а стресс – с дисбалансом и утратой гибкости». Грегори Бейтсон определил, что организующая активность живой системы, – это психическая активность, и все ее взаимодействия с окружающей средой имеют психический характер.

Процессы заболевания и исцеления в значительной степени представляют собой психические процессы. Психическая активность является многоуровневой системой процессов, причем большинство из них протекает в сфере подсознания. Все нарушения в организме имеют психосоматическую природу в том смысле, что они включают постоянное взаимодействие разума и тела при своем зарождении, развитии, и лечении.

Отношения – субъективная сторона отражения действительности, результат взаимодействия человека со средой. Осознание своих отношений с окружающим миром порождает самые различные чувства и эмоции, которые либо вдохновляют нашу душу, либо приводят нас в состояние стресса.

Отношения семейные, производственные, межличностные, внутриличностные оказывают огромное влияние на внутренний мир и на состояние здоровья. Система этих отношений определяет характер переживаний личности, особенности восприятия действительности, характер поведенческих реакций на внешние воздействия.

Положительный или отрицательный опыт взаимоотношений с людьми формирует и соответствующую систему внутренних отношений личности.

В определенном возрасте (до 4–6 лет) ребенок формируется под воздействием выборов или действий, осуществляемых бессознательным того взрослого, к которому он наиболее сильно привязан. То есть, ребенок конкретизирует себя в зависимости от того типа симбиоза, в который вступает его собственное бессознательное с взрослым, предопределенным симбиозом. В любом симбиозе существует ведущий и ведомый.

Пока малыш находится в симбиозе со взрослым, от которого он зависит, его организм следует выборам того человека, с которым он себя соотносит, испытывая воздействие, откликаясь, соматизируя или определяя характер его выборов или импульсов.

Опухоль или предрасположенность к опухоли ребенка есть воплощение конфликтного бессознательного взрослого, с которым ребенок находится в симбиозе. Опухоль можно устранить с помощью психотерапевтического воздействия на взрослого как на основного носителя симбиоза.

Как функциональное, так и органическое изменение представляет собой отчаянную, но не самую экономическую защиту индивидуации.

То есть, если отсутствует ясная система сознания, волевая точность, не происходит смелого или аутентичного сопоставления, то автоматически вступает в действие органика, соматика.

Это происходит неизбежно, возможность выбора отсутствует, поскольку любому действию соответствует равное ему противодействие, и если действие не осуществляется, то та же энергия автоматически реализуется иным способом, как в силу закона экономии, так и в силу принципа необходимости.

Через фигуру больного в действительности продолжает защищать себя семейный круг.

«Семья» в этом случае обозначает любое индивидуальное или социальное окружение, в котором находится зависимый от него больной.

Результаты психотерапевтической практики показали, что реабилитированные больные чувствуют себя хорошо в случае отделения от семьи и немедленно возвращаются в прежнее состояние при контакте с ней.

Первое воздействие на семейную систему следует осуществлять на внутреннем психологическом уровне семьи. Это психологическое упорядочивание необходимо для того, чтобы семья функционировала нормально.

По мнению К. Саймонтона «физическая болезнь – это только проявление лежащих в ее основе психосоматических процессов, которые вызываются различными психологическими и социальными проблемами. Пока эти проблемы не будут решены, пациент не излечится, несмотря на то, что рак может со временем пройти».

Работа психолога направлена на то, чтобы весь цикл развития онкозаболевания помочь развернуть в противоположном направлении. Те же самые механизмы, которые способствуют превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

Работа с клиентом проводится по схеме:

- Помочь пациенту поверить в эффективность лечения (проводимого в лечебных учреждениях), и в способность своего организма сопротивляться заболеванию.
- Обучение контролю над стрессовыми ситуациями и исключение влияния стрессогенных факторов на психику.

- Изменение взглядов на самих себя, обретение нового видения и восприятия тех проблем, которые привели к психосоциальной ситуации перенапряжения.
- Обретение пациентом веры в возможность поправиться, и его новое отношение к стоящим перед ним проблемам, формируют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее.

Смысл работы заключается в воздействии на внутренние психологические установки посредством психологических консультаций и психотерапии.

Роль терапии заключается в жестком отреагировании вытесненного, поскольку оно лишает сознательное Я его существенной части, тем самым, предопределяя его поле решимости и регулируя его поведение. Отреагирование – снятие эмоционального напряжения путем определенным образом организованного повторного переживания вызвавшей напряжение ситуации.

В практической работе консультанта, особенно если он использует в качестве метода помощи системные изменения, его помощь может принимать самый различный характер: от семейного консультирования и психотерапии (в случае работы с семьей как микросистемой) до организационного и политического консультирования.

Возможные ожидаемые результаты от консультирования:

- Улучшение понимания (проблемы, себя, окружающих и т.п.).
- Изменение эмоционального состояния (это может быть разрядка эмоционального напряжения, исследование своих чувств, принятие некоторых своих чувств и т.п.).
- Способность принять решение.
- Способность осуществить принятое решение.
- Подтверждение своих мыслей, чувств, решений.
- Получение поддержки.
- Приспособление к ситуации, которую невозможно изменить.
- Поиск и изучение альтернатив.
- Получение практической помощи через прямые действия (помощника и других специалистов, которых привлечет помощник).
- Развитие имеющихся умений и навыков, приобретение новых.
- Получение информации.
- Адекватный отклик на действия других людей и ситуацию.

Основными идеями и ценностями практического консультирования людей в ситуации жизненных трудностей, (в том числе онкобольных), являются следующие: эмпатия, уважение, внимание, конгруэнтность, конкретность, жизненные навыки, навыки совладания с трудностями, принятие, самоосознание, безусловное/условное позитивное отношение к другим, безусловное/условное позитивное отношение к себе, самоусиление, усиление других, создание здоровых микро- и макросистем.

Работа с клиентом строится на обнаружении им паттернов, ограничивающих его самостоятельность, самоосознание, нахождение многовариантного решения конкретной проблемы.

Консультант выступает в роли помощника (фасилитатора) направляющего творческий процесс самосозидания, реконструкции взаимодействия клиента с окружающей средой – в первую очередь собственным телом, собственным разумом, собственной личностью, собственным микро- и макросоциумом, природой. Задача консультанта – создать безопасное пространство для проявления истинной личности клиента.

В случае возникновения новых форм взаимодействия человека с природой, обществом, самим собой, реализуется активная стратегия адаптации – стратегия, центрированная на совершаемых самим человеком внутриличностных и социальных перестройках, на изменении прежнего образа жизни, на преодолении трудностей и разрушении не удовлетворяющих отношений, при этом человек ориентируется на собственные внутренние резервы, готов и способен отвечать за свои действия и решения.

Его поведению и деятельности свойственны целенаправленность и организованность, активное, преодолевающее поведение сопровождается преимущественно позитивными эмоциональными переживаниями.

Центрированная на преодолении, активная стратегия формирует определенный психологический портрет личности: социальная направленность действий и решений, социальная уверенность и уверенность в себе, высокая личностная ответственность, самостоятельность, коммуникабельность, высокий уровень притязаний, высокая самооценка, эмоциональная устойчивость.

Непременным условием исцеления больного является работа всей семьи по оздоровлению отношений, создание системы семейной поддержки.

В нашей практике наблюдается следующий феномен: если человек выбирает исцеление и здоровье, резко меняется характер семейных взаимоотношений, либо они укрепляются, либо наступает разрыв отношений.

***Ключевые слова:** семейная система, патогенез, психотерапия онкологических больных, направления терапевтического процесса.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н.

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза
РАМН, г. Москва

На базе Центрального НИИ туберкулеза РАМН проведено исследование патогенно значимых элементов в структуре личности больных туберкулезом легких, особенностей их психоэмоционального и нейрофизиологического состояния. Обследован 261 пациент фтизиатрического стационара.

Диагностический комплекс включал: наблюдение, клинико-биографическое интервью, тестирование батареей психологических и нейропсихологических методик.

Для психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких характерен более высокий, чем у соматически здоровых лиц, уровень нейротизма, что проявляется в лабильности нервно-психических процессов, повышенной эмоциональной неустойчивости и возбудимости, сниженном пороге возникновения дистресса и длительном сохранении негативно окрашенных эмоциональных состояний.

Туберкулезом легких заболевают преимущественно лица дефензивной (пассивно-оборонительной) структуры личности, для которой специфичны нарушенная самооценка, робость и нерешительность, оппозиционно-враждебное отношение к окружающим, суженный поведенческий диапазон.

Нарушенная самооценка личности сопровождается слабоволием, душевной и физической инертностью, склонностью к сомнениям, переживанию чувства вины и уязвленного самолюбия.

Робость и нерешительность связаны с тревожным опасением лишиться положительной оценки со стороны окружающих, утратить эмоциональную комфортность в отношениях с ними. Данная особенность личности у больных туберкулезом легких противоречиво сочетается со стремлением к авторитарному доминированию.

Оппозиционно-враждебное отношение к окружающим связано с оценочно-судейской жизненной позицией. Наиболее жестко осуждаются те поступки, которые оцениваются ими как неординарные или негуманные.

В поведении пациентов доминируют неконструктивные стратегии, они склонны длительно пассивно переживать обстоятельства психотравмирующей ситуации, избегая реальных попыток разрешить проблему.

Указанный набор личностных черт в субъективно неразрешимых ситуациях обуславливает состояние длительного психоэмоционального перенапряжения, которое нарушает функциональное состояние корковых церебральных структур. В свою очередь, нарушения мозговых структур усугубляют как физическое, так и психическое состояние пациентов. Функциональные нарушения корковой нейродинамики являются нейрофизиологическим основанием невротических переживаний пациентов, осложняющих течение основного заболевания.

Установленное перевозбуждение базального лба свидетельствует о резкой активации лимбических и гипоталамических структур, руководящих вегетативным ответом организма на эмоционально значимое раздражение, что проявляется в высокой реактивности организма, аффективной нестабильности и фоновой агрессивности человека.

Перевозбуждение субкортикальных отделов по закону отрицательной индукции сопровождается тормозным процессом в вышележащих корковых префронтальных областях. Данная особенность обуславливает эйфоричность и гневливость человека, фрагментарность восприятия им информации, затрудняет планирование действий, снижает критичность к собственным поступкам.

Функциональное снижение тонуса задних – теменных, височных и затылочных – отделов коры больших полушарий свидетельствует о неполноценности парасимпатического звена иннервации. Это детерминирует на психическом уровне формирование тревожно-фобических нарушений (ощущение надвигающейся беды, патологическая мнительность), аффективных пароксизмов (в виде приступов тоски, страха, депрессивных состояний с суицидальными мыслями); на физиологическом уровне парасимпатическая дефицитарность определяет центральные нарушения кортико-висцеральных соотношений (в виде нарушения трофики органов, быстрой истощаемости организма).

Разработан комплекс коррекции психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких, в основу которого положена коррекция функционального состояния ЦНС и психосоматически ориентированная психологическая коррекция патогенных звеньев системы отношений пациентов.

Нормализация корковой нейродинамики пациентов осуществлялась методом дозированных центрипетальных реперкуссивных воздействий (ДЦРВ) с обратной нейропсихологической связью. Короткое нейропсихологическое исследование, направленное на оценку актуального фазового состояния динамических церебральных структур, заинтересованных в патологическом процессе, проводилось до и после

каждого физиотерапевтического воздействия на биологически активные точки. Такая процедура позволяла точно рассчитывать рецепт – время, место и силу воздействия, а также оценивать полученный эффект. Применялась физиотерапевтическая электроимпульсная стимуляция биологически активных точек прибором «Элеан».

Нормализация корковой нейродинамики позволила пациентам более успешно формировать новые установки личности: стремление к активной жизненной позиции, позитивной самореализации и сотрудничеству.

Достигнуто выраженное улучшение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких. Пациенты отмечали улучшение настроения, самочувствия, повышение жизненной активности, значительное ослабление симптомов интоксикации. В их поведении снизились конфликтность и оппозиционность, в том числе улучшилось сотрудничество с персоналом лечебного учреждения. Сократились сроки прекращения бацилловыделения.

***Ключевые слова:** туберкулез легких, преморбидные особенности личности больных, корковая нейродинамика, коррекция психоэмоционального состояния.*

ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Цейтлин Г.Я.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздрава России, г. Москва

Внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей у детей превратило значительную часть этих ранее фатальных болезней в категорию хронически протекающих и излечиваемых.

В результате выживаемость детей с острыми лимфобластными лейкозами достигла 75%, злокачественными лимфомами – 80–95%, остеогенными саркомами – 70%, опухолями центральной нервной системы – 35%, и т.д.

Лечение в детской онкологии характеризуется следующими особенностями:

- тяжесть заболевания, витальная угроза;
- травматичность;
- сильные болевые ощущения;
- косметические дефекты;
- высокая степень инвалидизации;
- социальная депривация, связанная с длительным лечением;
- ограничения двигательной и умственной активности;
- ухудшение материального и социального положения семьи;
- деформация внутрисемейных отношений.

Психологические последствия:

- эмоциональная неустойчивость;
- высокая тревожность;
- страхи;
- низкая самооценка;
- агрессивность;
- эгоцентризм;

- личностный инфантилизм;
- нейропсихологические (ухудшение когнитивных, моторных, сенсорных функций, памяти, внимания, замедление формирования высших психических функций).

Необходимость проведения психосоциальной реабилитации, как правило, либо только декларируется, либо признается функцией органов соцзащиты, образования и т.д.

В системе здравоохранения практически отсутствуют подходы, интегрирующие современные представления психологии и медицины, отвечающие целям сохранения не только физического, но и психического здоровья детей и ориентированные на реабилитацию ребенка и семьи.

Построение реабилитационной работы базируется на необходимости совмещения медицинской стратегии лечения с осуществлением стратегии психологосоциальной реабилитации ребенка и его семьи на всех этапах специализированной помощи.

Объектом реабилитации является вся семья в целом, включая ребенка-инвалида, его родителей, братьев и сестер.

Можно выделить основные направления работы по психологосоциальной реабилитации детей и семей на различных этапах специализированной помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Этап госпитальной терапии – критическая жизненная ситуация.

Особенности этапа:

- витальная угроза;
- токсическое действие химиолучевой терапии;
- резкое уменьшение двигательной активности;
- косметические дефекты;
- социальная и эмоциональная депривация ребенка;
- гиперопека со стороны родителей;
- регрессивное поведение ребенка, в дальнейшем регресс может замедлить формирование конструктивных форм поведения, позволяющих адаптироваться в сложной социальной обстановке;
- перерыв в процессе обучения;
- социальная дезадаптация родителей и семьи в целом.

Основные направления работы психолога на этом этапе:

С детьми:

- Психотерапевтическое сопровождение детей, адаптация к пребыванию в клинике (индивидуальная и групповая работа).
- Психологическая поддержка в связи с калечащими операциями.
- Организация арт-терапии.
- Коррекция пищевого поведения.

С родителями:

- Психологическое и психотерапевтическое сопровождение родителей.
- Коррекция детско-родительских отношений.
- Помощь сиблингам.

С медицинским и педагогическим персоналом:

Профилактика синдрома профессионального выгорания у сотрудников отделения, проведение психотерапевтических тренингов для врачей, медсестер, педагогов, волонтеров.

Постгоспитальный этап.

Значимая роль родителей в социализации ребенка. Стратегия взаимодействия родителей с окружающими, стиль семейного воспитания, характер взаимоотношений родителей с детьми, наличие или отсутствие поддержки со стороны родителей во многом определяют стратегии поведения детей в трудных жизненных ситуациях.

В ситуации тяжелой болезни и после завершения лечения детям для успешной адаптации нужна психологическая поддержка родителей, которую те из-за своих психологических проблем не всегда в состоянии оказать. Другим важным моментом является то, что дети, в силу возрастных особенностей, быстрее и легче адаптируются к новой ситуации, что, в свою очередь, часто приводит к росту непонимания между детьми и родителями, возникновению дистанции, конфликтам.

Одна из ключевых проблем в этот период – школьная реадaptация, которая затрудняется в силу действия различных факторов (отставание от школьной программы, родительские страхи, низкая самооценка, косметические дефекты, предшествующий негативный опыт при возвращении в школу и пр.).

Направления работы психолога:

- Семейное консультирование.
- Работа с родителями.
- Повышение уровня социальной адаптации детей и родителей за счет формирования эффективных стратегий поведения.
- Помощь в адаптации ребенка в школе.

Паллиативный этап (хоспис, отделение паллиативной помощи, на дому.)

- Индивидуальное психологическое и психотерапевтическое сопровождение ребенка и семьи.
- Контроль боли. Работа с психологическим компонентом боли и других хронических симптомов с использованием различных психотехник.
- Уменьшение уровня стресса и страха.
- Арттерапия.
- Обучение методам релаксации.
- Психоэмоциональная разгрузка родителей.
- Работа с сиблингами.
- Психотерапия в периоде переживания утраты.

***Ключевые слова:** этапы лечения детей с онкологическим заболеванием, детская онкология, реабилитация, психотерапия, направления работы психолога.*

ПОНЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Янстон В.И.

Автономная некоммерческая организация
«Проект СО-действие», г. Москва

Механизмы психологической защиты являются актуальными для каждого человека, в независимости от его состояния здоровья, пола или возраста, формируя основу для его безопасности, а также адаптации в социальной среде.

При этом следует признать противоречивость этих механизмов, поскольку их проявления могут способствовать эффективному приспособлению к изменчивой окружающей среде, но и личностной дезориентации и даже разрушению.

Прежде чем коснуться темы психологических защит у онкологических пациентов, важно определить само понятие психологические защиты.

Согласно психоаналитической теории, психологические защиты являются бессознательной функцией Я и включаются в тот момент, когда Я подвергается чрезмерной, опасной для него активности побуждений и соответствующих им аффектов со стороны Оно, Сверх-Я или внешнего мира. Уменьшая чувство опасности Я тем самым пытается сохранить целостность и адаптивность личности посредством использования различных психологических защит.

В настоящее время понятие психологической защиты давно вышло за пределы психоанализа и твердо закрепилось в различных направлениях психологии и психотерапии. Существует не только множество теорий, описывающих механизмы формирования и применения психологических защит, но и большое количество определений самого феномена. Тем не менее, в рамках данного обзора мы не будем останавливаться на более подробном описании и сравнении различных теорий, а лишь рассмотрим несколько определений, которые на наш взгляд, охватывают наиболее важные представления о психологических защитах.

В Словаре под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского психологическая защита определяется как специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта.

Кроме данной формулировки мы предлагаем Вашему вниманию следующие определения:

- механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки, выступающей в случаях, когда личность не может адекватно оценить чувство беспокойства, вызванное внутренним или внешним конфликтом, и не может справиться со стрессом (В.А. Ташлыков)
- последовательное искажение когнитивной и аффективной составляющих образа реальной ситуации с целью ослабления эмоционального напряжения (А.Р. Гребенников)
- пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации (Р.А. Зачепиский)

Рассмотрим факторы, влияющие на использование психологических защит у онкологических больных. Когда человек узнает о диагнозе «онкологическое заболевание», в его жизни наступают серьезные изменения, связанные с множеством факторов, затрагивающих важнейшие сферы жизни. С другой стороны, из-за недостатка достоверной информации, а также наличия высокого эмоционального напряжения, внутри общества непременно формируются негативные стереотипы и мифические представления об онкологических заболеваниях и пациентах. Это во многом обуславливает шоковую реакцию человека, который узнал о том, что он болен онкологическим заболеванием. «Рак – это приговор» – таков основной тезис в современном Российском обществе.

Кроме того, существует ряд других факторов, которые способны оказать на человека сильное эмоциональное впечатление: это и изменение ситуации в семье, и различные проявления стигматизации или даже дискриминации, и возможные бытовые ограничения.

В подобных условиях естественным образом запускаются различные психические и психологические защитные механизмы, призванные помочь адаптироваться к новым жизненным условиям.

Когда речь идет о психологических защитах, как правило, подразумевается, что они актуальны для любого человека и являются частью нормальной психической деятельности. При этом следует признать противоречивость этих механизмов, поскольку их проявления могут способствовать не только эффективному приспособлению, но и личностной дезориентации и даже разрушению.

Ниже перечислены некоторые факторы, способствующие запуску защитных механизмов, а также их деструктуризации у людей с онкологическими заболеваниями:

Страх перед неизвестностью

Человек, узнавший о диагнозе, может оказаться в ситуации недостатка информации о своей болезни, что влечет за собой переживание чувства тревоги, страха или состояния паники перед неизвестностью того, что может случиться в будущем.

Страх фатального исхода

В независимости от тяжести диагноза, человек может не верить в возможность излечения, что влечет за собой переживание страха безысходности и неотвратимости собственной гибели.

Страх физической боли

Речь может идти о боли, вызванной прогрессирующей болезнью, а также о физических страданиях вследствие операции или другого медицинского вмешательства.

Страх перед лечением

Эти переживания перекликаются со страхом перед физическими страданиями, но чаще всего связаны с наличием негативного представления о том процессе лечения онкологических больных (например, о тяжести перенесения химиотерапии)

Страх перед изменением социального статуса, а также жизненных планов и перспектив

Здесь сложно говорить о каких-то отдельных переживаниях как, например, о страхе стать обузой для своих близких. Скорее речь идет о некоем комплексном переживании, связанном с тем, что в жизни может многое измениться:

- человек не сможет быть в той семейной роли, в которой он находился и чувствовал себя комфортно;
- возможно, придется сменить род деятельности или отказаться от работы вообще;
- жизненные планы под угрозой срыва;
- теряется возможность долгосрочного планирования.

Психологические защиты у онкологических больных

Многочисленные исследователи и клиницисты, изучающие психологические функции, связанные с адаптацией и принятием диагноза у онкологических больных, одним из основных защитных механизмов называют анозогнозию или отрицание болезни. Предложено несколько возможных объяснений этому феномену. Так, например, В.А. Ромасенко и К.А. Скворцов связывают анозогнозию у онкологических больных с токсическим влиянием онкологического заболевания на последних стадиях своего развития. По мнению же других исследователей механизмом, обеспечивающим психологическую защиту больного, является вытеснение, понимаемое с позиций психоанализа.

Однако следует отметить, что при всей значимости феномена анозогнозии и вытеснения информации о болезни, эти защитные механизмы не могут объяснить всю полноту и специфику стратегии психологической защиты онкологического больного.

Так А.Ш. Тхостов говорит не об отдельных элементах психологической защиты (анозогнозия, отрицание), а указывает на комплексные механизмы, изменяющие восприятие картины болезни в целом. Речь идет о формировании защитных механизмов, переструктурирующих поступающую информацию о болезни и изменяющих ее значение и смысл. Здесь подразумевается и изменение отправной точки в понятии здоровья (так называемый «сдвиг субъективного нуля», когда больной ретроспективно завышает оценку своего здоровья), и нарушение структуры восприятия или нарушением осмысления так называемых угрожающих стимулов. Подобные защитные механизмы повышают степень неопределенности любой информации, которая может содержать в себе угрожающий характер, переводя их в разряд непонятных и неопределенных.

***Ключевые слова:** психологические защиты онкологических больных, анозогнозия, комплексные механизмы защиты.*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЖЕНЩИНАМИ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Януц Н.П.

Онкопсихолог, г. Москва

Содной стороны, онкологический процесс превращает один лишь факт заболевания в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения. С другой стороны, онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане факторов.

Что же касается непосредственно РМЖ, то факт наличия этой патологии рассматривается исследователями как «сверхсильный стресс», «особый вид психической травмы из категории сверхсильных психических раздражителей», «двойная психическая травма» – наличие рака и необходимость удаления молочной железы.

В основе послеоперационных нарушений отмечаются тревога, депрессия, чувство собственной уязвимости и беспомощности. Ряд авторов считают, что женщины часто реагируют на потерю молочной железы по шаблону отказа: злобой, крушением надежд, печалью и страхом. Это, в свою очередь, приводит к резкому снижению порога толерантности к дополнительным стрессовым моментам и значительно затрудняет задачи реабилитационной программы. По данным литературы, потеря молочной железы у женщин по своей значимости приравнивается к потере полового члена у мужчины, что нередко может приводить к суицидальным попыткам. В тоже время с возрастом аффективные реакции на факт удаления грудной железы постепенно снижаются и в возрастной группе 60 и старше лет удаление грудной железы менее значимо.

На сегодняшний день рак молочной железы является наиболее позитивным в плане прогноза выживаемости. Даже на поздних стадиях заболевания после адекватно подобранного лечения высокий процент длительной ремиссии и в некоторых

случаях полного исцеления. Однако, и после лечения, огромное значение имеет психологическая реабилитация пациентов. Некоторые авторы отмечают, что операция сама по себе не гарантирует полное излечение от рака молочной железы. Причину этому они видят в выраженном снижении самооценки, социальной дезадаптации, изменении своего физического «Я», страх или опасение рецидива онкологического заболевания.

Радикальные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия, применяемые при лечении онкологических заболеваний, нередко приводят к серьезным психоэмоциональным нарушениям. К тому же, к сожалению, все современные средства лечения РМЖ имеют побочные действия. Преждевременное наступление менопаузы, обострение хронических заболеваний, большой риск возникновения остеопороза, сердечной недостаточности и другие заболевания, которые отражаются на качестве жизни женщины. Примерно у 25% женщин, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, наблюдается психологическая депрессия.

Когда вопросы угрозы жизни уходят на второй план, становятся фоном, возникают вопросы качества жизни «как с этим жить?» Как найти баланс между страхом рецидива и крайностью обесценивания болезни? Как принять свое тело после калечащих операций и вынужденной инвалидности? И многие другие вопросы, с которыми сталкивается бывшая онкологическая пациентка.

Я специально применяю термин «бывшая онкопациентка», потому что абсолютно здоровой после лечения РМЖ женщине психологически и физически, трудно себя чувствовать. Во-первых, каждые полгода в течение пяти лет, необходимо проходить обследование. Это, естественно, повышает уровень тревоги в это время. Посещение онкологической клиники, ожидание результатов исследований не может не отражаться на эмоциональном состоянии женщины. И психологическая поддержка в эти периоды носит буквально диспансерный характер. Она должна быть направлена на поддержание ресурсного состояния женщины. В эти периоды времени наиболее актуальным в работе психолога становится применение техник и методик на снижение уровня тревожности, это могут быть различные релаксационные, медитативные техники, техники арт-терапии и др., а также обучение клиентки методам психической саморегуляции.

Хорошо, если у женщины стабильные взаимоотношения с мужчиной, надежный брак, основанный на любви и поддержке, есть дети, муж может оказывать поддержку сексуальности и женственности женщины. Но, к сожалению, не в укор мужчинам это сказано, это большая редкость. Много случаев, когда после пережитых трудностей, связанных с болезнью жены, брак распадается окончательно. Очень часто в этих семьях возникают вопросы «вторичной выгоды» от болезни. Работа психолога с такой пациенткой, конечно, должна быть крайне деликатной. Осознание само по себе, конечно, неплохо. Но нужно еще уметь применить это осознание в своей жизни.

Среди заболевших женщин, учитывая психологические причины РМЖ, многие одиноки. Это вдовы, разведенные женщины или женщины, у которых так и не сложились личные отношения. И, конечно, для них онкологическое заболевание и радикальная мастэктомия нередко является крушением всех надежд на устройство личной жизни. И если еще эти женщины теряют работу, они становятся полными инвалидами в самом трагическом смысле этого слова. Это самые тяжелые наши клиенты.

Вопросы социально-психологической реабилитации: беспокойство по поводу физических симптомов, трудность быть хозяином самому себе, чувство уязвимости для болезни и смерти – тесно связаны с качеством жизни больных. По мнению зарубежных и отечественных специалистов, понятие качества жизни включает в себя ощущение благополучия, счастья и удовлетворенности.

Таким образом, проблема социально-психологической реабилитации женщин после радикальной мастэктомии представляется очень сложной и многогранной. В ее осуществлении необходимо участие целой бригады специалистов, в первую очередь, психиатров, психотерапевтов и психологов.

Первоначальной задачей психотерапии после мастэктомии является актуализация ресурсного состояния женщины и восстановление ее адекватной самооценки. Принятие болезни, как факта своей жизни.

Многие специалисты уделяют внимание проблеме трудовой реабилитации. Возвращение на работу создает у женщины чувство уверенности, собственной значимости. Отмечено, что при благоприятных условиях более 50% женщин через 3 месяца после мастэктомии возвращаются к труду, что улучшает качество их жизни. В некоторых случаях необходима смена профессии и дополнительная мотивация клиентки на трудоустройство.

Проведенное исследование показало, что высокий уровень тревоги, связанный с хирургическим лечением, достоверно снижается после выполнения реконструктивно-пластической операции. Восстановительные операции в сочетании с психотерапевтическим воздействием позитивно влияют на психоэмоциональное состояние женщин с РМЖ, уменьшая проявления личностной деформации. В отдаленном периоде качество жизни примерно половины женщин, перенесших лечение РМЖ с первичной реконструкцией, отмечают, что по-прежнему остаются социально-активными, сохраняя прежний образ жизни и женственность. Однако несмотря на положительный эффект восстановления молочной железы и эффективность проведенного лечения РМЖ, по данным специалистов института Бурденко, примерно у 13% женщин через год после завершения лечения остается тяжелая депрессия, а у 18% женщин – высокий уровень тревоги. Эти данные свидетельствуют о необходимости наряду с реконструктивно-пластическими операциями использования индивидуально разработанных (учитывающих интеллектуальные, личностные и социальные особенности женщины) методов психологического воздействия. Женщин, которым не производилась одномоментная операция по удалению опухоли и реконструкции молочной железы, необходимо информировать, что реконструкция молочной железы возможна в любой период после лечения при отсутствии противопоказаний. Это ослабляет чувство безнадежности и дает некоторое ощущение, что дефект можно исправить. Психологу необходимо владеть некоторой компетентностью в вопросах реконструктивных операций, знать о методах пластики, клиники, где можно сделать такие операции.

Известно, что тяжелые стрессы и депрессия ослабляют противоопухолевый иммунитет человека. В период адаптации по согласованию с психиатром возможно назначение антидепрессантов, таких как азафен, флуоксетин и др. Таким образом, психологическая и фармакологическая коррекция синдрома психоэмоционального напряжения, по-видимому, не только может улучшить качество жизни больных раком молочной железы, но и улучшить противоопухолевый эффект проводимого лечения.

Итак, основные направления в работе с женщинами после мастэктомии:

1. Присутствие, сопровождение.
2. Наполнение ресурсами.
3. Восстановление адекватной самооценки.
4. Проработка обид, потерь, горя, утрат, тяжелых стрессовых ситуаций.
5. Проработка понятия вторичной выгоды от болезни.
6. Работа с алекситимией.
7. Формирование позитивных мыслей о будущем, составление планов выхода из кризисной ситуации.
8. Информационный блок: информирование о пластических реконструктивных операциях, фармакологическом лечении депрессии, мотивация на трудоустройство и т.д.,

Наиболее эффективен, так называемый эклектический подход – это целый набор медитативных, релаксационных, техник арт-терапии, гештальт-подхода, эриксоновский гипноз и др. Применение психологом различных техник, методик и стратегий развивает в человеке креативность, актуализирует дополнительные, скрытые способности и возможности клиента. Мотивирует заболевшего человека на выздоровление.

Ключевые слова: психотерапия онкологических больных, мастэктомия, психоэмоциональное состояние больных РМЖ.

ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА СЕМЕЙНУЮ СИСТЕМУ

Ярцева И.П.

Семейный психолог-консультант, г. Москва

Системный подход предполагает особый способ восприятия реальности, отличный от того, к которому все привыкли. Более привычный – именно линейный (т.е. когда процессы или события описываются исходя из линейных причинно-следственных связей, и главным вопросом является вопрос «Почему?»). В системном подходе такая линейность не может существовать, она заменяется круговой логикой. И главным здесь будет вопрос «Зачем?». В мире может существовать множество истин, справедливых в разных условиях и с определенной степенью вероятности. Чтобы выявить психодинамику семейной жизни необходимо перейти к системному мышлению.

Индивид влияет на свое окружение и сам подвергается влиянию в ситуациях взаимодействия, непрерывно сменяющих друг друга. Индивид, живущий в семье, является членом этой системы, к которой он должен адаптироваться. Его действия управляются характеристиками системы, а эти характеристики, в свою очередь, включают в себя результаты его собственных действий в прошлом. Индивид реагирует на стрессы в других областях системы, к которым он тоже адаптируется, его действия могут оказывать значительное влияние на стресс, который испытывают другие члены системы. Индивида можно рассматривать как подсистему или часть системы, однако нельзя упускать из виду систему в целом.

Исходя из круговой логики системного мышления, связь заболевания и семейной системы – двусторонняя, взаимообуславливающая: от симптома (онкологичес-

кое заболевание) к семейной системе и обратно. Симптом принадлежит к семье ровно настолько, насколько семья в нем нуждается. Исходя из этого положения как бы два фокуса внимания – как динамики семейной системы порождают заболевание, и как затем уже это заболевание влияет на существующую семью.

С точки зрения системной терапии, в любой болезни можно найти смысл. Этот смысл всегда субъективен и зависит от ситуации пациента и его отношений в системе. Когда-то симптомы рассматривались как свойства личности, независимые от социальной ситуации. Тревога или депрессия являлись характеристиками состояния человека. Затем появилась идея о том, что симптомы являются выражением отношений между людьми и средствами достижения некоторых тактических отношений с близкими. Вопрос теперь ставится так: чему служит болезнь, если рассматривать ее в контексте семейных отношений, отношений на работе или отношений с психотерапевтом.

Оказывается, за симптомами болезней часто стоят конкретные события семейной истории, если удастся обнаружить и осознать это, болезнь может отступить. Стратегия терапевтической работы будет зависеть от гипотез, которые выдвигает специалист в ходе первых контактов.

В фокусе нашего внимания онкологические заболевания и семейная система. У этого заболевания есть своя история отношения к нему в обществе: от представления о нем, как о невыплаканных слезах, переходя к этапу, когда рак рассматривался как заболевание отдельного органа и современный этап, когда все-таки приходит и развивается понимание того, что это комплексное заболевание, включающие и затрагивающие все аспекты – как физические, так и психологические.

Приблизительно в соответствии с такой же последовательностью развивались представления профессионалов, т.е. тех, кто непосредственно работает с этими больными – врачи, психологи, социальные работники: от традиционных, когда основное внимание уделялось самому болеющему человеку, а другие члены семьи оставались на втором плане. Такой подход мало помогает здоровым членам семьи, кто не может справиться самостоятельно с ситуацией. Только с недавнего времени можно говорить о том, что специалисты начали серьезно интересоваться концепциями функционирования семьи. Становится очевидным, что внимание к одному болеющему члену семьи однобоко, так как не принимается в расчет динамика функционирования семьи.

Сам по себе, диагноз «рак» принято оценивать как стрессовую ситуацию, само заболевание как посттравматический стресс.

Это важно понимать именно в контексте нашей темы. Онкологическое заболевание – это трудная ситуация, связанная с радикальным изменением образа жизни, привычного поведения, стереотипа мышления и эмоционального реагирования. Обычно такие ситуации называются кризисными (критическими). Человек сталкивается с невозможностью реализации внутренних ресурсов своей жизни. К критическим ситуациям традиционно относят: стресс, фрустрацию, конфликт, кризис, депривацию.

Традиционно к критическим ситуациям относят смерть близкого человека, тяжелое заболевание, изменение внешности, изменение социальной обстановки, ломку жизненного стереотипа, т.е. ситуации, которые создают потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей, при этом индивид ставится перед проблемой от которой он не может уйти и которую

не может разрешить в короткое время привычным способом. С момента возникновения критической ситуации начинается психологическая борьба с нею с помощью процессов переживания.

Теория кризиса в большей степени относится к индивидуальной работе, тем не менее, некоторые понятия относят к семье и другим малым группам. В этом случае нам важно, что кризис для семьи может стать источником роста и развития. Это тоже одно из влияний болезни на семью. А то, как это будет в реальности реализовано конкретной семьей, это уже зависит от ее особенностей и от того, чему в данной семье может служить тяжелое заболевание.

Отталкиваясь от этого представления можно построить различные гипотезы, какая связь между заболеванием и системой в контексте конкретной семьи:

- болезнь может выступать стабилизатором семейной ситуации
- особенности коммуникации, т.е. взаимодействия в семье
- многопоколенное переплетение
- источник роста и развития семьи и т.д.

Рак – это комплексное заболевание, это душевно-телесная болезнь, включающее в себя взаимодействие надиндивидуальной системной связи и индивидуальной ответственности перед собой.

Если понимать раковое заболевание односторонне, как результат всемогущего системного переплетения и не учитывать активное участие пациентов в происходящем в семье, как и независимые от этого телесные процессы, подход будет слишком поверхностным. Так же, если ограничиться только аспектом собственной ответственности и личной власти над своим исцелением пациента, и оставить без внимания его системные динамики, то можно преградить возможный путь к решению в смирении (Й. Ахтерберг, перечисляя тех, на кого может положиться тяжело больной, в том числе называет и «того, кто позволяет сдаться и умереть»).

Таким образом, от психолога требуется такой образ действий, который бы учитывал оба аспекта: любовь пациента к своей семейной системе и к самим себе. Влияние болезни на систему с точки зрения системной семейной психотерапии – это процесс взаимообусловленный, как индивидуальными особенностями человека, так и особенностями его семейных переплетений и динамик.

Ключевые слова: *семейная система, роль заболевания, заболевание как кризис, влияние болезни на семью.*