

Сборник тезисов III Всероссийского Съезда онкопсихологов, Москва, 2011. –55  
с. Подготовлен издательским центром АНО «Проект СО-действие»

Использование и публикация статей возможны  
только с согласия авторов

® АНО «Проект СО-действие»

Настоящий сборник включает тезисы III Всероссийского Съезда Онкопсихологов, который состоялся 26 – 27 августа 2011 года в Москве.

В Съезде приняли участие 67 специалистов в области онкопсихологии, онкологии, общественные деятели, специалисты-практики, работающие в сфере оказания помощи онкологическим больным и их родственникам по всей России. К нам прибыли специалисты из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Челябинска, Нижнего Новгорода, Йошкар-Олы, Калуги, Обнинска, Тулы и других.

Главной целью Съезда был обмен практическим опытом, научными взглядами и мнениями внутри профессионального сообщества специалистов, оказывающих помощь онкопациентам.

В процессе работы Съезда прозвучали доклады, посвященные тематике взрослой и детской онкопсихологии, проблеме реабилитации и оказания паллиативной помощи пациентам, методам психологического консультирования онкобольных. Большой интерес вызвали доклады коллег об опыте работы организаций, оказывающих психологическую помощь в разных городах России: АНО «Проект СО-действие» (Москва), Челябинский волонтерский Центр психологической поддержки и реабилитации онкопациентов и их родственников (МОД «Движение против рака», Челябинск), Национальный Фонд Поддержки здоровья женщин (Москва), Некоммерческое партнёрство «Здоровое будущее» (Москва), СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» (Санкт-Петербург), Научно-практический центр медицинской помощи детям в Солнцево (Москва), «Центр социально-психологической помощи «Второе дыхание» (Санкт-Петербург) и др.

Мы благодарим всех участников Съезда и надеемся, что система оказания психологической помощи онкопациентам будет активно развиваться и в дальнейшем. Вместе мы сможем сделать больше для онкологических больных в нашей стране!

*Оргкомитет III Всероссийского Съезда онкопсихологов  
АНО «Проект СО-действие»  
www.co-operate.ru*

## **Оглавление**

[Об успехах работы Ассоциации онкопсихологов и АНО «Проект СО-действие».](#)  
Галактионова А.В.

[Роль клинического психолога на амбулаторном этапе лечения онкологических пациентов.](#) Ананьева Е.П.

[Психологические особенности дошкольников 5–6 лет с онкогематологическим заболеванием.](#) Аринцина И.А., Стрмова М.А.....

[Опыт работы центра психологической поддержки, реабилитации и адаптации онкопациентов и их родственников.](#) Белкина Н.А.

[Суггестивная или рациональная? Дифференцированный подход к подбору методов психотерапии у женщин со злокачественной патологией репродуктивной системы.](#) А.Ю. Березанцев, Л.И. Монасыпова, Н.В. Стражев, А.М. Спиртус

[Семья на этапе ремиссии: некоторые проблемы психологической реабилитации в постстационарный период.](#) Благовещенская М.Н.

[Становление в России паллиативной помощи детям.](#) Бялик М.А.

[Интернет проект: Искусство в помощь людям, смотрящим в лицо смерти, как вариант Терапии Творческим Самовыражением.](#) Бялик М.А.

[Гештальт-подход в работе с онкопациентами.](#) Гарифулина О.А.

[Особенности преморбидного и семейного сценарного опыта онкологических больных и специфика психокоррекции неблагоприятных.](#) Ивашкина М. Г.

[Использование методов арт-терапии в детском паллиативе.](#) Кизино Е.А.

[Актуальные проблемы оказания онкологическим пациентам медико-социальной помощи: взгляд юриста.](#) Радус А.Е.

[Выработка критериев стандартизации онкопсихологической службы в России.](#) Рожкова О.Д.

[Специфика работы социально-психологической службы в детском хосписе \(из опыта работы СПб ГАУЗ «Хоспис \(детский\)»\).](#) Русанова Ю.П., Шаргородская О.А.

[Дочки-матери в онкопсихологии: опыт телефонного консультирования.](#) Сергеева Е.В.

[Всероссийский социальный проект «Кабинет онкопсихолога».](#) Теньковская И.Г.

## **Об успехах работы Ассоциации онкопсихологов и АНО «Проект СО-действие»**

Галактионова Анастасия Викторовна  
АНО «Проект СО-действие», директор

Открытие III Всероссийского Съезда онкопсихологов нам хотелось бы начать с нескольких страниц истории Ассоциации, её деятельности, достижений и актуальных проектов.

В 2009 году Некоммерческая организация «Проект СО-действие» выступила с инициативой создания профессиональной Ассоциации психологов и психотерапевтов, работающих с онкологическими больными. И вот 19-20 августа 2009 года в Москве состоялся Учредительный Съезд онкопсихологов России. Его целью было создание профессионального сообщества онкопсихологов, призванного решать актуальные научно-практические задачи в области оказания помощи пациентам с онкологическими и другими тяжелыми соматическими заболеваниями, а также поддерживать специалистов в процессе осуществления их профессиональной деятельности. На первом Учредительном съезде Ассоциации присутствовали более 70 делегатов из 20 регионов России.

Участниками Съезда был выбран Президент Ассоциации онкопсихологов, которым стал знаменитый петербургский психотерапевт, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Гнездилов. Также было избрано Правление Ассоциации, которое возглавила Коложвари Инга Александровна, утвержден Устав организации.

С началом действия Ассоциации каждый специалист, работающий в этой сфере, получил возможность 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

Следующий – II Съезд онкопсихологов состоялся 20-21 августа 2010 года. При поддержке Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному слежению Съезд проводился АНО «Проект СО-действие» и Ассоциацией онкопсихологов в Голицынском кабинете 1-ой Градской больницы. В нём приняли участие специалисты из самых разных городов: Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Череповца, Астрахани, Новосибирска, Минска и других.

Одним из самых знаковых событий этого мероприятия стало участие одного из известнейших специалистов в области онкопсихологии - Андрея Владимировича Гнездилова, прибывшего из Санкт-Петербурга для того, чтобы пообщаться с коллегами на тему психологических аспектов помощи терминальным больным.

26-27 августа 2011 года III Съезд онкопсихологов собрал 67 делегатов из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Калуги, Тулы, Нижнего Новгорода, Челябинска, Йошкар-Олы, Обнинска и других.

Одним из наиболее важных достижений Съезда явилось подписание коллективного обращения психологов в Минздравсоцразвития России с инициативой введения в штат каждого онкологического учреждения страны ставки психолога.

Помимо этого, был проведен круглый стол по теме «Стандарты оказания психологической помощи онкологическим больным». Участники Съезда обсуждали цели, задачи, эффективные методы и критерии комплексной психологической поддержки онкопациентов, рекомендации к образовательному уровню онкопсихологов, вопросы организации процесса работы специалиста в системе здравоохранения (в структурах диспансеров, хосписов, некоммерческих организаций).

Дальнейшая работа по стандартизации работы онкопсихолога будет продолжена в рамках IV Всероссийского Съезда в 2012 году, где мы также будем рады видеть наших коллег и друзей.

Хотелось бы также рассказать об успехах работы АНО «Проект СО-действие», который год от года неизменно является организатором Съездов онкопсихологов.

Основным направлением деятельности Проекта СО-действие по-прежнему является работа Всероссийской круглосуточной бесплатной горячей линии социально-психологической поддержки для онкологических больных и их близких 8-800-100-01-91. За 4 года работы наша статистика оставила 26 000 обращений из 150 городов России!

Каждый человек, обратившийся на линию, может получить психологическую помощь, юридическую консультацию, дополнительную информацию справочного и информационного характера, узнать порядок обращения в государственные и муниципальные органы власти, местные и федеральные ЛПУ онкологического профиля.

В мае 2010 года Проект получил поддержку Патриарха, который рекомендовал установить контакты с приходами РПЦ и привлечь священников

как к работе на горячей линии, так и к непосредственному общению с пациентами в период их лечения и социальной реабилитации. И вот с марта 2011 года благодаря совместному проекту с Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ горячая линия приобрела еще одну уникальную возможность – в любое время дня и ночи абонент может побеседовать с православным священником, услышать от него слова поддержки и утешения. На данный момент такую работу круглосуточно поддерживают 23 батюшки, прошедшие специализированное обучение в МЧС по курсу психологии.

Также АНО «Проект СО-действие» совместно с Ассоциацией онкопсихологов реализует программу для онкопсихологов: «Психологическая помощь онкологическим пациентам и их родственникам» (112 часов). К настоящему времени 94 психолога из 25 городов России (а также Беларуси и Латвии) прошли обучение по программе и получили сертификаты от имени Ассоциации онкологов и Ассоциации онкопсихологов.

Опытные преподаватели курса (Рожкова О.Д., Ивашкина М.Г., Янстон В.И., Галактионова А.В., Дулепина О.А., Радус А.Е.) в интерактивном формате предлагают структуру, а также широкий спектр методов и техник индивидуальной и групповой работы с онкологическими больными и их родственниками. Всё это позволяет специалистам повысить свой профессиональный уровень, чтобы вести более продуктивную и успешную психологическую работу с больными в своих регионах.

Мы надеемся, что данный проект внесет существенный вклад в развитие оказания системы психологической помощи пациентам и их близким в России.

### **Роль клинического психолога на амбулаторном этапе лечения онкологических пациентов**

Ананьева Евгения Петровна

Челябинский областной онкологический диспансер, г. Челябинск

На амбулаторный приём онкологические пациенты приходят за квалифицированной помощью врача-специалиста. Этим врачом, безусловно, является врач-онколог. Несмотря на наличие признаков потребности в помощи со стороны психолога, пациенты зачастую не осознают эту потребность, а значит, самостоятельно обращаться за психологической помощью не

планируют.

Большинство клинических случаев рака (83% по данным исследования А.В. Гнездилова) связано с предшествующей психотравмирующей ситуацией в периоде 1-2 года до развития заболевания. Причём большее значение имеет не длительность воздействия этой ситуации, а интенсивность переживаний, т.е. имеет значение преморбидные особенности личности пациента (личностный фактор), наряду с тяжестью самого заболевания (фактор болезни). В связи с тем, что личностный фактор влияет на сам факт манифестации болезни, есть смысл учитывать его и на этапах лечения и реабилитации пациента.

Изучение личности и коррекция эмоциональных и личностных нарушений – задача клинического психолога. Как работа клинического психолога может помочь лечащему врачу на амбулаторном приёме?

Прежде всего речь идёт о том, что клинический психолог диагностирует личностные особенности реакций пациента на имеющееся тяжёлое заболевание. Знание и понимание этих особенностей позволяет врачу выстроить индивидуальный лечебный процесс, что позволяет добиться более высоких результатов лечения и более быстрой и максимально возможной реабилитации.

В клинической психологии принято выделять такое понятие как нозогении. Нозогении являются метасиндромальным уровнем реагирования на болезнь. Существует два полюса нозогенных реакций – гипнозогения и гипернозогения. На этом континууме и располагаются возможные типы реагирования пациентов на болезнь. Часть этих реакций носит компенсаторный характер и могут считаться адаптивными. Часть реакций носят выраженный деструктивный характер и препятствует процессу выздоровления. Нозогении могут быть кратковременными (до одного месяца) и носить преходящий характер, могут быть долговременными реакциями.

Нозогении – это психогенные расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием.

Гипернозогения – яркая, преувеличенная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью. Тяжесть заболевания преувеличена, формируется заниженная модель ожидаемых результатов. Сюда относятся такие варианты проявления нозогении: тревожный, ипохондрический, меланхолический, эгоцентрический, обсессивно-фобический, неврастенический, паранойяльный и сенситивный.

Гипонозогнозия – когда больные игнорируют свою болезнь,

пренебрежительно относятся к лечению. Симптомы болезни и её течение не вызывают у больного эмоциональной тревоги и беспокойства при сохранности эмоциональной живости в других вопросах. Модель ожидаемых результатов у таких пациентов завышена. Гипонозогнозия может быть осознаваемой и неосознанной в зависимости от личностных особенностей больного. К гипонозогниям относятся следующие варианты реагирования: апатический, эйфорический, эргопатический и анозогнозический.

Реакция на болезнь может носить выраженный характер, поэтому требует коррекции, особенно на первых этапах соматического лечения. Для разных этапов течения заболевания характерны разные типы реагирования на болезнь. На амбулаторном этапе преобладают гипернозогнозические реакции – тревожно-депрессивный синдром (более 50% больных) с типичными проявлениями общего беспокойства, выраженной тревоги, ощущением безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти.

Эти симптомы нередко дополняются выраженными ипохондрическими расстройствами. На фоне стойкой тревоги наблюдается фиксация внимания на самочувствии, в особенности на телесных ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются, как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т. п.

Другой вариант реакции характеризуется преобладанием астенических расстройств. Признаки депрессивного настроения (подавленность, мысли о безнадежности своего состояния, обреченности) сочетаются с повышенной истощаемостью — непереносимость физических и психических нагрузок, лабильность настроения с повышенной слезливостью. Для таких пациентов типичны жалобы на стойкие головные боли, ощущение разбитости, усталости, упорную бессонницу или, наоборот, сонливость.

В некоторых случаях клиническая картина дополняется выраженными признаками дисфорического аффекта с тоскливо-злобным настроением. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются острые вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семья, сотрудники по работе, а также медицинский персонал).

Для пациентов с гипонозогнозическим типом реакции характерно неохотное и нерегулярное посещение поликлиники. Они часто не доводят до



конца первое обследование, отрицательно реагируют на предложения стационарного обследования и лечения. Эта реакция может выражаться в патологическом спокойствии, пассивности, фантазировании вплоть до замены действительности представлениями о соматическом благополучии.

Реакции отрицания значимости болезни обычно носят компенсаторный характер и связаны с непереносимой для пациента стрессогенной нагрузкой факта онкологического заболевания. У больных с истерическими чертами личности отрицание проявляется в виде демонстративной позы «сильного человека, достойно переживающего удары судьбы». Тем не менее, при работе с таким больным, в ходе психологического исследования или при установлении рабочего альянса, под демонстративным обесцениванием значимости болезни обнаруживается высокий уровень страха и тревоги.

У больных с преобладающим в структуре личности сверхценным радикалом, для которых онкологическое заболевание – неконтролируемый и непрогнозируемый процесс, становится исключительно важной потребностью в контроле ситуации. Защитное отрицание значимости болезни принимает несколько иную форму: на когнитивном уровне угрожающий характер заболевания осознается пациентом, но это понимание как бы изолируется от эмоциональной сферы, в связи с чем болезнь приобретает для больного характер «проблемы, которую нужно решать». Это позволяет пациенту создать иллюзию контроля, нивелировать катастрофический характер своих переживаний.

Больные с преобладающим шизоидным радикалом в структуре личности анозогнозия проявляется в форме истинной незначимости своего соматического состояния. У них отрицание носит наиболее глубинную и деструктивную природу, и связано, вероятно, с отчуждением своего тела. В этом случае телесные страдания являются как бы внешними по отношению к его личности. При реакциях отрицания у больных с истерическими и сверхценными чертами, некоторый уровень тревоги, как правило, субъективно осознается, предостерегая его от нарушения предписаний врача и охранительного режима. Установления рабочего контакта обычно оказывается достаточно для снижения выраженности этой защитной тенденции и, соответственно психологической помощи таким больным. Но у шизоидных пациентов эта тенденция оказывается гораздо более устойчивой и разрушительной и требует более глубоких психокоррекционных воздействий.

Взаимодействуя с некоторыми пациентами, врач может испытывать выраженный психологический дискомфорт. Но знание типов поведения

пациента поможет врачу оптимально организовать лечебный процесс, используя инструменты влияния. Ведь даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды, нуждается в укреплении веры в лучшее. Пациенты с проявлениями повышенной тревожности нуждаются в спокойном, внимательном и оптимистичном разговоре с врачом. При демонстрации агрессии к окружающим и врачу, за которой скрывается сильный страх за свою жизнь, наилучшей тактикой будет авторитетный и уверенный тон врача.

Понимание типа реагирования больного на болезнь делает более эффективным союз врача и пациента. Именно в этом и заключается основная роль клинического психолога в лечебном процессе на амбулаторном этапе.

### **Литература:**

1. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. О психогенных реакциях у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова 1980. № 8. С. 1198—1204.
2. Гнездилов А. В. «Психология и психотерапия потерь» Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. — СПб.: Издательство «Речь», 2004
3. Гнездилов А.В. (ред) "Психогенные реакции у онкологических больных -Л.ЛНИПНИ им.Бехтерева,1983
4. Малкина-Пых И., Психосоматика, Эксмо, 2009 год.
5. Кюблер-Росс Э. «О смерти и умирании», Киев «София» 2001

## **Психологические особенности дошкольников 5–6 лет с онкогематологическим заболеванием**

Аринцина Ирина Александровна, Стримова Мария Андреевна  
Детская городская больница №1,  
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность настоящего исследования<sup>1</sup> обусловлена улучшением результатов лечения детей с онкогематологическими заболеваниями и увеличением количества выживших. Лечение таких пациентов является достаточно длительным, тяжелым и сопровождается целым рядом ограничений, изменяющих жизнь ребенка и всей семьи в целом. Особенностью организации лечебного процесса онкогематологических больных в современной России является преимущественное внимание к медицинским аспектам лечения и недостаточное обеспечение его социально-психологическим сопровождением, которое может повысить результаты лечения, снизить негативные последствия заболевания и лечения. Для того чтобы понимать, в какой именно психологической помощи нуждаются больные дети и их родители, какими должны быть программы немедицинского сопровождения лечебного процесса, и было предпринято настоящее исследование. Возраст детей, участвовавших в обследовании, был выбран с учетом того, что по данным литературы и отделения химиотерапии лейкозов ДГБ №1 пик заболеваемости лейкозом у детей приходится на возраст 3,5–4 года. Таким образом, к 5–6 годам дети, наблюдающиеся на отделении, уже прошли основное лечение и можно судить о некоторых его последствиях.

Целью настоящего исследования было изучение психологических особенностей детей с заболеванием лейкозом и их матерей в сравнении с группой здоровых сверстников и их матерей. В группу 1 были включены 21 ребенок, которые проходили лечение в ДГБ№1 на отделении химиотерапии лейкозов, в возрасте от 5 лет 0 мес. до 6 лет 11 мес. (ср. возраст  $71,9 \pm 9,3$  мес.) и их матери. В группе 10 детей уже завершили лечение, а 11 продолжают. В группу 2 вошли 23 здоровых ребенка, не проходившие лечение в больнице, посещающие детский сад, в возрасте от 5 лет 0 мес. до 6 лет 2 мес. (ср. возраст  $66,4 \pm 4,1$  мес.) и их матери.

---

<sup>1</sup> Исследование проведено в рамках дипломной работы выпускницей факультета психологии СПбГУ Стримовой М.А. под руководством психолога ДГБ №1 и старшего преподавателя кафедры социальной адаптации и психологической коррекции личности факультета психологии СПбГУ, к.пс.н. Аринциной И.А.

Методы исследования: тест Векслера (детский вариант), рисунок «несуществующее животное», опросник для родителей детей 6–18 лет Т. Ахенбаха, опросник Спилбергера-Ханина, опросник депрессивных переживаний А. Бека, анкета для родителей, разработанная авторами для целей исследования, методы математической статистики.

Результаты исследования. Было обнаружено, что уровень интеллектуального развития детей с заболеванием лейкозом значимо ниже, чем у здоровых сверстников по показателям вербального, невербального и общего показателя интеллектуального развития ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,006$ ,  $p < 0,001$ , соответственно). У детей группы 1 значимо чаще встречаются признаки депрессивного эмоционального состояния, чем в группе здоровых детей по результатам оценки рисуночного теста «несуществующее животное» ( $p = 0,040$ ). Также у этих детей чаще выявляется наличие агрессивного поведения, социальных проблем, чем у их здоровых сверстников, имеется большее число признаков нарушения мышления, внимания, больше проявлений гиперактивности при анализе данных опросника для родителей Т. Ахенбаха. По перечисленным характеристикам группы различаются на уровне высокой статистической значимости ( $p < 0,05$ ). Матери детей с заболеванием «лейкоз» имеют более высокие, но не достигающие клинических, показатели ситуативной и личностной тревожности ( $p = 0,031$ ,  $p = 0,023$ , соответственно) и депрессивных переживаний ( $p = 0,014$ ) в сравнении с матерями здоровых детей.

Анализ взаимосвязей изучаемых характеристик с помощью факторного анализа показал, что уровень интеллектуального развития детей группы 1 тем выше, чем меньше личностная тревожность их матерей и меньше проявлений агрессивного поведения у детей, при этом у них могут быть выражены социальные проблемы (чаще проявление ревности, зависимости от взрослых, трудности в установлении контакта со сверстниками и взрослыми и др.).

У детей группы 2 показатели интеллектуального развития положительно связаны с личностной тревожностью матери: чем выше тревожность матери, тем выше показатель развития ребенка; и отрицательно с депрессивным состоянием ребенка: при наличии депрессивных переживаний у детей показатели их развития ниже. В то же время показатели интеллектуального развития детей во второй группе выше у тех детей, у которых отмечено меньше социальных проблем.

В обеих группах получены положительные взаимосвязи личностной тревожности и депрессивных переживаний у матерей с наличием социальных проблем и агрессивного поведения у детей. Чем больше у детей с

заболеванием «лейкоз» выражены депрессивные переживания, тем меньше у них отмечено проявлений агрессивного поведения. Проведенное нами исследование не позволяет однозначно сказать о том, какой вклад различные факторы вносят в снижение уровня интеллектуального развития детей, появления депрессивного состояния и поведенческих нарушений. Мы можем только предполагать, что само заболевание и лечение вызвало снижение уровня интеллектуального развития, ухудшило показатели эмоционального состояния и вызвало поведенческие нарушения.

Полученные результаты позволяют говорить о необходимости организации психологического сопровождения детей с заболеванием «лейкоз» и их семей на всех этапах лечения заболевания. Важными направлениями психологической помощи должны быть: коррекция эмоционального состояния детей и матерей, своевременное выявление нарушений в интеллектуальном развитии детей. Важнейшим принципом при создании таких программ является соблюдение семейноцентрированного подхода. Целесообразно организовывать лонгитюдные исследования, которые должны быть проведены в начале заболевания, в процессе лечения и во время длительной ремиссии.

### **Опыт работы центра психологической поддержки, реабилитации и адаптации онкопациентов и их родственников**

Белкина Надежда Андреевна

Центр психологической поддержки, реабилитации и адаптации онкопациентов и их родственников, г. Челябинск

6 лет назад мне впервые был поставлен диагноз РМЖ, а через год – рецидив. На своем горьком опыте я убедилась, что традиционная медицина лечит только наше тело, его больной орган, зараженный раком. Но больше всего в этот период болит и кровоточит не тело, а душа. А ее традиционная медицина не лечит. Много душевных и физических сил я тратила на подавление страха, на то, чтобы скрыть от всех свою боль и растерянность, одиночество и беспомощность. Необходимых ресурсов для выздоровления в таких условиях у меня было мало.

Но жить-то очень хотелось. И я приняла внутреннее решение не только лечиться, но и полностью выздороветь. Приняв ответственность за свою жизнь на себя, я начала активно изучать специальную литературу и сделала для себя

открытие, что одна из основных причин заболевания – психологическая. И я, экономист по образованию, принимаю решение стать психологом. 4 года обучения в Институте практической психологии в г. Челябинске, непрерывная личная психотерапия, учеба в Санкт - Петербургском институте гештальттерапии, пересмотр режима питания и усиление физической активности дали свои положительные результаты. На данный момент у меня есть уверенность, что я справляюсь со своими психологическими проблемами, и моя жизнь налаживается. Я продолжаю работать в области экономической науки, педагогики, на предприятиях по хоздоговорам, выполняю роли матери, бабушки, жены. Несмотря на то, мне в этом году исполнилось 60 лет, я осуществляю мечты своего детства: учусь играть на фортепиано, гитаре, беру уроки танцев - эротикдэнс. Есть у меня и другие «сумасшедшие» идеи по поводу дальнейшей жизни.

Справившись со своей болезнью, создав собственную систему психологической реабилитации и поддержки, мне очень захотелось помочь другим, и я создала в апреле 2010 года в г. Челябинске при поддержке МОД «Движение против рака» волонтерскую Школу психологической реабилитации онкобольных и их родственников, которая преобразована в Центр психологической поддержки, реабилитации и адаптации «Радуга жизни».

Мы еще только начинаем, но уже можем сказать о некоторых результатах нашей работы и поделиться своими планами.

В центре работают 5 психологов-волонтеров. Ведущими групповой терапии и тренингов являются автор данных тезисов и психолог Замятина Елена.

Центр прошло на данный момент 10 групп слушателей, общей численностью 84 человека. Проведено: 30 групповых встреч; 61 индивидуальная консультация; 4 двухдневных тренинга «Помоги себе сам», в которых приняло участие 42 человека. Подготовлены новые тренинги «Найди себя и построй свою новую реальность» для онкобольных и «Быть вместе» для родственников онкопациентов. Проведен Праздник жизни, посвященный годовщине Школы; началась клубная работа, публикуются статьи в СМИ, создан свой сайт. Мы разработали цели и планируемые результаты для пациентов Центра, Школы и тренингов, которые воплощаем в жизнь.

Цель Центра - создание более благоприятных психологических условий для духовного и физического оздоровления, адаптации и длительной ремиссии онкопациентов; для душевного равновесия и поддержки онкопациентов со стороны их родственников. Планируемые результаты для пациентов:

осознание своей роли и личных возможностей (ресурсов) в лечении и оздоровлении при онкозаболевании; разработка собственной системы психологической поддержки; побуждение себя к здоровому образу жизни; духовное развитие, осознание смысла жизни и создание новой системы ценностных ориентаций; помощь себе в профилактике и преодолении стрессовых ситуаций, страхов, апатии, депрессии, усталости, недомогания; поддержка других онкопациентов, обмен опытом физического и духовного оздоровления и др.

Но есть у нас и проблемы, которые мы превратили в задачи для их решения. Хотелось бы, чтобы они нашли свое отражение в итоговом документе, который будет принят третьим Съездом онкопсихологов России. Текущие задачи мы поставили перед собой следующие: способствование созданию и реализации Государственной системы ранней диагностики онкозаболеваний (психологическая проблема в том, что население боится обследоваться, т.к. боится смертельного приговора – рак); пропаганда элементарных психологических знаний и навыков здорового образа жизни, повышение роли психологической поддержки и реабилитации онкопациентов и их родственников (большинство приходящих к нам, впервые видят «живого психолога»); нахождение необходимого помещения для работы Центра и оснащение его оборудованием (у нас пока нет ничего, мы временно ютимся у добрых людей); налаживание более широкого сотрудничества с врачами и медперсоналом больниц и поликлиник (пока врачей, направляющих к нам пациентов, буквально единицы); создание групп поддержки онкопациентов (нужны инициаторы, которые бы организовывали такие группы, пока таких инициаторов в нашей области практически нет); информирование населения о работе имеющихся психологических служб через средства массовой информации (нужны работники СМИ, понимающие важность психологических и других проблем онкозаболевших и поддерживающие нас).

Стратегические задачи в развитии психологических служб мы видим следующим образом.

- Ввести в штаты поликлиник и больниц должности психологов и онкопсихологов для обеспечения психологической поддержки, реабилитации и адаптации всех нуждающихся онкопациентов и их родственников
- Создать Государственный областной Центр психологической поддержки и реабилитации онкопациентов и их родственников
- Создать Государственный областной Центр здорового образа жизни,

психологической профилактики заболеваний детей и взрослых

- Создать психологическую Концепцию здорового образа и качества жизни
- Создать Центры психологических знаний для населения

И, конечно, мы продолжим сотрудничество с Федеральным и региональным МОД «Движение против рака». Мы сегодня выражаем большую благодарность московским представителям МОД «Движение против рака» за предоставление необходимой информации, возможность учиться, участвовать в форумах, симпозиумах, конференциях; особое спасибо за финансовую поддержку наших поездок в Москву.

Мы рады также сотрудничеству с Ассоциацией онкопсихологов России.

Большое спасибо Ассоциации онкопсихологов России за Программу подготовки онкопсихологов, которую мы прошли, за приглашение на Съезд, за возможность личного общения и обмена опытом с коллегами.

### **Суггестивная или рациональная? Дифференцированный подход к подбору методов психотерапии у женщин со злокачественной патологией репродуктивной системы**

А.Ю. Березанцев, Л.И. Монасыпова, Н.В. Стражев, А.М. Спиртус.  
ГНЦ ССП им.В.П.Сербского Минздравоохранения России, г. Москва  
Городской Онкологический диспансер № 3, г. Москва

Рекомендации по лечению психических расстройств при злокачественных новообразованиях женской репродуктивной системы у большинства исследователей включают обязательное применение психотерапевтических мероприятий (Артюшенко Ю.В., 1988, Васянова В.В., 1996, Галиуллина С.Д., 2000, Менделевич В.Д., 2001, Луцик Н.П., 2005, Бехер О.А., 2007, Бухтояров О.В., Архангельский А.Е., 2007, Мишук Ю.Е., 2008). Единодушия исследователей в оценке эффективности рациональных и суггестивных методик на сегодняшний день не отмечается. С.В.Уманский, В.Я. Семке (2008), Бухтояров О.В., Архангельский А.Е.(2007) настаивают на большей эффективности гипносуггестивной терапии по сравнению с рациональными методиками применительно к онкологическим пациентам. Ю.А. Артюшенко (1988), В.Д. Менделевич (2001), Н.П. Луцик (2005) О.А.Бехер (2007) отметили положительную динамику после индивидуальной рациональной психотерапии. S. F.A Duijts , M. M. Faber, H.S. A. Oldenburg (2010) провели мета-анализ 56



исследований, подтверждающих позитивное влияние бихевиоральных техник и телесной терапии на астению, депрессию, тревогу и качество жизни пациенток с раком молочной железы.

С целью изучения психического здоровья у женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы и разработки дифференцированных рекомендаций по коррекции психопатологической симптоматики были обследованы 158 пациенток находившихся на учете в онкологическом диспансере № 3 г. Москвы. Возраст обследуемых составил от 28 до 70 лет, все пациентки имели верифицированный диагноз злокачественной опухоли молочной железы или гинекологической онкопатологии, и после стационарного лечения, находились на различных этапах диспансерного наблюдения. Из изученного контингента 110 человек (70,97%) составили пациентки с раком молочной железы, , 48 (30,3%) – с опухолями гинекологической сферы: 25 (15,8%) – с раком шейки матки; 10 (6,3%) – тела матки; 12 (7,6%) – раком яичников, 1 (0,6%) – раком фаллопиевой трубы.

У 107 (67,7%) обследованных пациенток были выявлены нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня, у 51 (32,3%) пациентки – донозологические расстройства, которые представляли из себя нерезко выраженные, атипичные (неспецифичные) симптомы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую рубрику МКБ-10.

Для улучшения психического состояния и КЖ предложена комбинированная схема лечения, включающая применение психотерапии: как суггестивной (гипнотерапия по Р. Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону), так и рациональной (когнитивно-поведенческая психотерапия, краткосрочные образовательные программы). Выбор психотерапевтической методики определялся суммарными результатами тестирования по опросникам Индикатор копинг-стратегии, Индекс жизненного стиля, сокращенный вариант опросника Качества жизни ВОЗ.

Преобладание таких механизмов личностной защиты как «отрицание», «вытеснение», «регрессия» предполагали использование суггестивных методик, женщинам с высокими показателями по использованию механизмов «компенсация», «замещение», «интеллектуализация», «реактивное образование», «проекция» были предложены когнитивно-поведенческие техники. Данный алгоритм основан на теоретической концепции Анны Фрейд, из которой следует, что защитные психологические механизмы основаны на двух типах реакций:

1. Блокирование выражения импульсов в сознательном поведении

## 2. Искажение их до степени снижения изначальной интенсивности данных импульсов

Поскольку «отрицание», «вытеснение», «регрессия» являются механизмами «блокирующими» вызывающую тревогу информацию, а «компенсация», «проекция», «замещение», «интеллектуализация», «реактивное образование», искажающими, можно предположить, что суггестивные техники будут эффективными в первом случае, а рациональная психотерапия во втором.

Прошли психотерапию в формате групповой и индивидуальной универсальной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву 38 пациенток. Особенностью гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву является работа с образами, внушение цветовых ощущений. Психотерапию в формате индивидуальной когнитивно-бихевиоральной терапии прошли 15 пациенток. Помимо стандартных техник когнитивной терапии, применялось активное использование притч и метафор, облегчающих коррекцию дезадаптивных механизмов психологических защит.

Среднее значение по шкале депрессии Гамильтона среди всех пациенток, проходивших психотерапию составило  $10,4 \pm 0,4$  до лечения и  $4,58 \pm 0,14$  после лечения, различие высоко достоверно,  $p < 0,001$ . Влияние психотерапии на симптомы тревоги также оказалось эффективным: у пациенток, проходивших психотерапию, показатели тревоги по шкале Гамильтона составили  $9,39 \pm 0,41$  до психотерапии и  $3,33 \pm 0,16$  после проведения психотерапевтических мероприятий, достоверность сдвига  $p < 0,001$ . Мы наблюдаем улучшение Качества Жизни по всем показателям.

Алгоритм подбора психотерапевтических техник, основанный на анализе механизмов психологических защит пациентов, способствует применению наиболее эффективных для пациента методов психосоциальной реабилитации.

### **Семья на этапе ремиссии: некоторые проблемы психологической реабилитации в постстационарный период**

Благовещенская Марина Николаевна  
Психолог-консультант, г. Москва

Тема изменения внутрисемейных взаимоотношений, нарушения

детско-родительского взаимодействия вследствие перенесенного ребенком онкогематологического заболевания в последнее время занимает одно из центральных мест в ряду наиболее актуальных вопросов психологической реабилитации.

Сталкиваясь с проблемами восстановительного процесса таких семей, сложностями социализации и целым спектром внутрисемейных дисфункций, специалисты все чаще подчеркивают необходимость более подробного анализа происходящих за время болезни изменений детско-родительских отношений, систематизации полученных знаний и выработке методов их коррекции.

Известно, что в любой семье, на разных ее этапах, вне зависимости от наличия перенесенного заболевания, есть свои особенности и трудности в построении детско-родительских отношений.

Семья, столкнувшаяся с необходимостью пройти лечение детского онкологического заболевания – не обычная семья. Это семья, получившая травмирующий опыт, оказавшаяся в ситуации реальной угрозой летального исхода, потери ребенка. Это период резких изменений для всей семейной системы: психологических, структурных, материальных, социальных и т.д. Утрачиваются многие значимые составляющие привычной жизни: здоровье, спокойствие, стабильность, уверенность в предсказуемости и нерушимости мира, собственных силах, чувство защищенности...

Происходит перестройка многих систем функционирования, что неминуемо приводит к изменениям во взаимоотношениях всех членов семьи, эмоциональной и поведенческой сферах, меняется представление родителей о воспитательной функции и стиле их взаимодействия с детьми (ребенком).

Практика работы (на базе реабилитационного санатория Минсоцздрава развития РФ «Русское поле» в г. Чехов Московской области) с семьями, имеющих детей, перенесших онкологическое заболевание и вышедших в ремиссию, позволяет выделить ряд трудностей, с которыми сталкивается семья в постстационарный период.

Основным и самым частым родительским запросом, предъявляемым родителями, является невозможность вернуться к тем детско-родительским отношениям, которые существовали до заболевания. Этот большой блок проблем может быть разделен на более мелкие составляющие: трудность выдерживания родительской позиции и определения «нового» положения переболевшего ребенка в семье; сложности в осуществлении воспитательной функции (возврат к системе требований, запретов и наказаний,

существовавших до болезни); регресс и инфантилизация вышедшего в ремиссию ребенка; раннее взросление и утрата детских частей ребенком; изменения в эмоциональной составляющей общения; ревность к сиблингам; сложности в выражении негативных чувств (и как следствие,- эмоциональное дистанцирование детей и родителей) и утрата способности открытого диалога; смещение отношений ребенка и родителя в сторону дисфункциональности по типу «замещающего супруга» и некоторые другие [1].

Практика консультирования в РОНЦ им. Блохина показывает, что о трудностях взаимодействия многие родители говорят уже в стационаре, замечая последствия вынужденных, обусловленных требованиями трудного лечения «ослабления» в отношениях с детьми.

В целом, в результате произошедшей травматизации и детей, и родителей, вызванной длительным нахождением в состоянии стресса, в семье утрачивается способность функционировать и общаться на прежнем уровне. Родители слишком истощены, чтобы быть требовательными, терпимыми и эмоционально доступными, а дети слишком ослаблены, чтобы держать себя в руках, вести себя «правильно» (положение к тому же осложняется еще последствиями влияния на нервную систему химиотерапии). И те, и другие, становятся заложниками ситуации, выйти из которой без профессиональной помощи бывает не всегда легко. Задача консультанта нормализовать тревожное состояние всех участников (возможно, даже информировать о закономерностях постлечебного периода и трудностях адаптации), направить усилия на выявление и совместное обнаружение неконструктивных частей взаимодействия и функционирования и выработку новых, менее изматывающих способов коммуникации и принятия решений. Важно сохранять уважение и интерес к семье, пришедшей на прием, и оставаться надежной поддержкой для каждого члена системы.

Отсутствие открытости в детско-родительском общении, неспособность говорить о своих переживаниях и страхах, эмоционально поддержать друг друга, боясь причинить еще большее страдание, не способствует продвижению на пути реабилитации, разъединяет и отдаляет членов семьи друг от друга. Во многом, это связано со сложившимся еще до болезни паттерном семейного взаимодействия и усугубившимся под действием стресса. Привычная ригидность в этом случае не дает возможность членам семьи увидеть деструктивное влияние подобной позиции, а, следовательно, найти выход из сложной ситуации, при которой каждый страдает в одиночестве. Работа психолога в этом случае может способствовать

сближению всех членов семейной системы, предоставлению возможности хотя бы начать (или всего лишь попробовать) говорить или плакать открыто.

Отношение к теме болезни и поведенческие стратегии в семьях различны. Не малую роль в их формировании играет неоднозначность понимания онкологического заболевания в обществе, которая не всегда дает возможность откровенно говорить об этом, не всегда принимается и поддерживается. Более того, бывают случаи отчуждения, явного нежелания обсуждать столь трудную тему, боязни заразиться или «навлечь» на себя похожую беду.

Такие проявления непонимания вызывают раздражение, и даже гнев. Агрессивные чувства вполне обоснованы, потому как меньше всего в ситуации победы над страшной болезнью хочется оправдываться и защищаться. В этом смысле, реабилитация именно онкологических больных - явление сложное и многокомпонентное. Трудно себе представить какое-либо еще заболевание, после которого требуется вот такая, своего рода моральная реабилитация, как будто есть необходимость еще и восстанавливать «свое честное имя», «отмывать» свою репутацию. Безусловно, это связано с элементарной безграмотностью и отсутствием знания о болезни [2].

Проявления такой ретравматизации вносят лишь дополнительные трудности в ситуацию социальной адаптации и детей, перенесших онкозаболевание, и их родителей. При этом положение осложняется уже упомянутым отсутствием (или утратой за время лечения) навыка открытой коммуникации в семье. Задача психолога в связи с этим - стать тем «третьим», чья эмоциональная стабильность, способность к контейнированию и эмпатии позволит поговорить о «скрытом», «запретном», выразить противоречивые тревожные, негативные и агрессивные чувства, дать этот новый опыт, найти ресурс.

Говоря о сложностях детско-родительских отношений в постстационарный период, важно еще раз подчеркнуть: ремиссия является критическим этапом жизни семьи. Многие годы спустя семья продолжает испытывать последствия перенесенного стресса. Посттравматические стрессовые реакции, осложненные «Домокловым синдромом» характеризуются снижением настроения, сохранением страха за здоровье и жизнь, боязнь снова попасть в больницу, ощущение особой уязвимости и ранимости [3], что, безусловно, накладывает мощный отпечаток на качество всего внутрисемейного взаимодействия, а также на качество и темпы ресоциализации.

Таким образом, попытка систематизировать предъявляемые семьями проблемы, позволяет выделить специфические именно для реабилитационного периода трудности и учитывать это в ходе консультационной работы.

В целом, говоря о значении постклинической психологической помощи, можно с уверенностью утверждать ее важность на этапе реабилитации вышедших в ремиссию пациентов. Безусловно, это значимый компонент всего пазла восстановительных процедур после столь тяжелого заболевания.

### **Список использованной литературы:**

1. Благовещенская М. Проблемы и задачи психологической реабилитации семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание: специфика психологической помощи в рамках краткосрочного консультирования.// Журнал Практической психологии и психоанализа.- 2011.- №5. Доступно в сети интернет по адресу: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20110108>
2. Климова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара.// Журнал Практической психологии и психоанализа.- 2009.- №1. Доступно в сети интернет по адресу: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20090103>
3. Писаренко Н.А., Моисеенко Е.И., Цейтлин Г.Я. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии.//Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». М.: GlaxoWelcome., 1997.- с.112-115.

### **Становление в России паллиативной помощи детям**

к.б.н. Бялик Марина Александровна

Инициативная группа Развитие паллиативной помощи детям

В 1993 году заведующая поликлинического отделения НИИ Детской Онкологии ОНЦ РАМН врач онко-гематолог, Моисеенко Е. И., и психолог отделения Бялик М. А. начали работу самого первого в России хосписа для детей. В тот период идея организовать подобную работу почти всем представлялась безумной, сопротивление вызывал образ, который тогда складывался в сознании почти каждого, с кем мы начинали ее обсуждать. Это

был образ резервации, в которую на месяцы один подле другого заперты умирающие дети. Думаю, что этот образ возникал по аналогии с домами инвалидов детства, которые по существу десятилетиями являлись подобными резервациями, но, к сожалению, без организации там паллиативной помощи.

Наша первая задача в тот период времени состояла в том, чтобы противопоставить этой, действительно ужасающей картине, работающий в условиях Москвы путь организации паллиативной помощи детям, показать, что даже в условиях таких ограниченных ресурсов, которыми мы тогда обладали, возможно улучшить качество жизни умирающего ребенка и его близких. Насколько сложна была для многих сама концепция видно из того, что первой реакцией большинства профессионалов и не профессионалов было недоумение - как вообще можно говорить о качестве жизни, если ребенок не может быть излечен?

В мире существует несколько (таб.1) моделей организации паллиативной помощи детям. Обычно, в практической работе отдельных организаций, модели комбинируются в сочетаниях, определяемых доступными ресурсами и положением детей. Мы в тот период реализовывали модель оказания паллиативной помощи, с которой познакомились в США - организация помощи по месту проживания семьи больного ребенка.

Таб. 1 Модели организации паллиативной помощи детям

В стационаре	По месту проживания
В здании специального хосписа для детей	В доме/квартире, где постоянно проживает семья
Во всех отделениях детской многопрофильной больницы работает единая команда паллиативной помощи	Специализированное медико-социальное учреждение, где годами живут больные дети, за которыми родители не в состоянии ухаживать
В паллиативном отделении детской многопрофильной больницы	Детское поселение типа колонии беспризорных детей.
В детских палатах хосписа для взрослых	

И в настоящее время, спустя почти 20 лет, мы видим растущий интерес и желание многих людей, проживающих в разных регионах России, развивать этот тип помощи тяжело больным детям и их семьям.

В конце девяностых в России были созданы еще две детских хосписных программы. Одна, в Волгограде, детское отделение хосписа для взрослых.

Вторая - хосписное отделение при детской больнице в г. Ижевске. Об их работе было известно немного. Особый интерес представляет то, что целевой группой хосписного отделения Ижевской больницы являются дети не с онкологическими, а с нейродегенеративными заболеваниями.

С 2003 года в России работает еще одна программа паллиативной помощи детям. Она объединяет несколько форм организации помощи - помощь на дому, в специализированном стационаре. Так в 2003 году под эгидой Русской Православной церкви был организован фонд «Детский хоспис» для помощи детям-инвалидам, в 2006 году - Медицинское учреждение «Детский хоспис», которое работало на деньги благотворителей по выездной модели, и наконец, в 2010 году было построено здание.

В 2010 году в НПЦ Медпомощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями центральной нервной системы при поддержке Фонда «Подари Жизнь» открыто отделение паллиативной помощи.

Мы крайне заинтересованы в знакомстве с опытом этих организаций и рассчитываем обсудить его на специальном Форуме в начале следующего, 2012 года.

По данным Фонда «Подари жизнь», в настоящее время в разных регионах России все больше людей, которые заинтересованы в развитии паллиативной помощи детям. Поэтому наша Инициативная группа предлагает активное сотрудничество всем заинтересованным организациям и отдельным людям, которые готовы ее развивать в своих регионах.

Если Вы хотите принять участие в такой работе или хотели бы получить дополнительную информацию, обращайтесь по электронной почте: [choosing.hope@gmail.com](mailto:choosing.hope@gmail.com), Бялик Марина Александровна.

**Интернет проект: Искусство в помощь людям, смотрящим в лицо смерти, как вариант Терапии Творческим Самовыражением**

к.б.н. Бялик М. А., Орлова Т. В. Palliative Care Initiative, Inc.

<http://ChoosingHope.info>

Онкологические заболевания в сознании многих современных людей прямо связаны со смертью. Уже возможность постановки соответствующего



диагноза самому потенциальному пациенту или близким заставляет нас задуматься об угрозе жизни, острее чувствовать то, что традиционно ассоциируется со смертью. При этом наша культура в значительной степени ограничивает возможности открытого обсуждения самой темы и чувств, которые она вызывает. Существующее в обыденном сознании наших современников табу на обсуждение многого, связанного со смертью, нередко устанавливает труднопреодолимые барьеры между близкими людьми тогда, когда они, может быть, более всего нужны друг другу.

Многие люди любят в Терапии творческим самовыражением (ТТС) именно ту ее особенность, что человеку, находящемуся в душевном расстройстве, совсем не обязательно говорить об этом другому, чтобы получить для себя помощь и поддержку. При ТТС бывает достаточно особой вовлеченности зрения и/или слуха, чтобы у страдающего душевно человека на когнитивном и эмоциональном уровнях началась глубокая психотерапевтическая работа, способствующая его исцелению. Специалист в этой области психотерапии также может быть не всегда доступен для непосредственного общения с пациентом. Разработка дистанционных способов использования ТТС представляется значительным вкладом в распространение этого работающего в поле Терапии духовной культурой метода клинической психотерапии, разработанным М. Е. Бурно.

Представленный Вашему вниманию вариант самопомощи ТТС может быть адресован людям с эмоциональными расстройствами невротического регистра, возникшими у них в связи с личной кризисной ситуацией. Современные возможности дистанционного обучения благодаря Интернету позволяют включить в терапевтический, образовательный и творческий процесс людей, живущих в самых отдалённых уголках нашей планеты.

Предлагаемая работа включает все возможные направления ТТС, приспособленные к заочной работе. Посильное клиническое изучение разных характеров, особенностей их проявления, основанное на исследовании-сравнении произведений изобразительного искусства, литературы, музыки, созданных великими творцами с различными мироощущениями; изучение их характерологических биографий; выбор созвучных себе произведений; творческое чтение, фотография, путешествия и кулинария; творческое написание собственных текстов, дневников по-своему, красками своей души и т.д. Все материалы, необходимые человеку для самостоятельной психотерапевтической работы, собраны и специальным образом организованы на сайте нашего проекта (<http://ChoosingHope.info>). С

его помощью всякий человек, имеющий доступ к Интернету, может помочь себе с помощью ТТС именно в тот момент своей жизни, когда чувствует в этом потребность, в своем собственном ритме и режиме.

Мастера искусства в своих работах постоянно обращаются к экзистенциальным вопросам, и к опыту их жизни, проявленному в картинах, музыке, книгах, всегда можно «припасть», когда не имеешь рядом с собой близкого человека или не разрешаешь себе обременять других своими чувствами, не находишь для этого «правильные» слова. Великие произведения искусства показывают нам красоту глубоких, нелегких чувств, которые делают нас более человечными, милостивыми к другим людям и к себе. Наш терапевтический и образовательный проект ставит задачу использовать творческие поиски художников, писателей и поэтов, философов и ученых, чтобы помочь людям быть более открытыми к вопросам, связанным со сложными и тяжелыми переживаниями.

Собранный для работы материал сгруппирован таким образом, чтобы можно было, двигаясь по разным траекториям, иметь доступ ко всему находящемуся на сайте. Список тем доступен на каждой странице. К ним относятся, например, «жизнь», «смерть», «радость и горе», «родительство и детство», «вера и судьба» и т.д. Можно начать с просмотра темы, которая в настоящее время особенно волнует человека. А можно - с описания различных типов характеров, методик ТТС или отправиться в on-line-путешествие, познакомиться с творческими фотографиями или литературными произведениями других посетителей сайта, со временем можно будет предложить и свои. Мы также предполагаем возможность проводить группы психотерапевтической поддержки в Интернете.

К сожалению, описанное здесь видение пока является в значительной степени проектом. Первым шагом в этом проекте стало создание коллекции цифровых изображений произведений живописи и скульптуры. Мы сможем широко распахнуть двери нашей галереи для всех только тогда, когда получим разрешение на использование имеющихся в ней изображений. Но уже сегодня мы можем пригласить коллег для обсуждения возможностей применения дистанционного варианта ТТС с использованием Интернета, высылая каждому из них по индивидуальному запросу персональный пароль. Адрес для запроса пароля находится на сайте (<http://ChoosingHope.info>).

## **Гештальт-подход в работе с онкопациентами**

Олеся Андреевна Гарифулина

МОД «Движение против рака», г. Челябинск

Гештальт изучает способы творческого приспособления, поиск новизны в знакомой ситуации, когда в одних и тех же декорациях можно сыграть разные пьесы. Ценность гештальт-терапии – творческое приспособление человека к среде, в которой он живет, – ситуации, способы общения и взаимодействия с людьми. Главным образом гештальт-терапия фокусируется на повышении качества контакта клиентов с их семьями, друзьями, коллегами по работе. Задача гештальт-терапевта – помочь пациенту осознать свою потребность (сформировать гештальт) и завершить ее.

Процесс консультации идет на уровне эмоций и ощущений, рождающихся в настоящем. Учитывается вся феноменология, которая возникает непосредственно в момент терапии – эмоции, телесные проявления, воспоминания, чувства, фантазии о будущем.

Центральное понятие гештальт-подхода – отношение между фигурой и фоном. В качестве фигуры может быть желание, чувство, мысль, которые в данный момент преобладают над остальными чувствами и мыслями. Как только потребность удовлетворена, гештальт закрывается и становится фоном, уступая место новой фигуре.

То, что клиент привносит в поле отношений – фигуру своей болезни и своего к ней отношения – лишь первый шаг. Бывает, уже на первой же консультации, а на второй – обязательно – болезнь уходит в фон, а значимыми фигурами становятся личные переживания на тему отношений со средой (взаимоотношения с родственниками) и экзистенциальные переживания (одиночество, поиск смыслов, тема смерти).

С помощью гештальт-экспериментов клиент получает возможность для интеграции всех своих желаний и проявлений. Для интеграции – целостности – клиенту нужно принять свое новое состояние и действовать уже из этого, нового для себя качества, и реагировать соответственно. Например: в процессе принятия болезни важно прожить весь спектр чувств: горе, грусть, печаль и т.д. Потом сделать осознанный выбор: я продолжаю лежать и БОЛЕТЬ или вспоминаю о своих давно отложенных, забытых желаниях и выбираю ЖИТЬ и осуществлять эти желания. Говоря простым языком, человек выбирает, чем ему заниматься – жизнью или смертью.

В 9 случаях из 10 в первые минуты индивидуальной консультации

клиенты задавали два вопроса: «опишите меня» и «что делать?».

Первый вопрос – показатель, что клиент оказался в новой для него ситуации и не видит вариантов развития. За вопросом скрывается страх, что теперь знакомые и близкие будут видеть в нем лишь больного и немощного человека. В процессе терапии у клиента появляется возможность на символическом уровне проиграть эти ситуации встречи со своим страхом и найти способ приспособления к ним в реальности. Фигуры болезни и физических изменений становятся таким образом фоном, а фигурами выступают, например, взаимоотношения с близкими, умение не только просить, но и давать поддержку.

Второй вопрос касается страхов и фантазий, связанных с будущим: невозможность создать семью или родить ребенка, увольнение, развод. В ходе работы в формате «здесь-и-сейчас» клиент разделяет факты и фантазии. Так, например, физическая невозможность родить ребенка не лишает возможности и нахождения способов стать матерью; отсутствие частей тела не показатель, что создания семьи не произойдет.

В 10 случаях из 10 работа шла с таким способом избегать контакта со средой, как ретрофлексия (поворачивание на себя или к себе). Любой психосоматический процесс – пример ретрофлексии.

Например, чтобы не портить отношения с близкими или не идти на конфликт клиент удерживает и разворачивает в свой адрес энергию гнева, обиды, обвинений и т.п.

Вербальные и невербальные признаки данной позиции:

- а) ярко выраженная самодостаточность;
- б) чувство ненужности, невостребованности, собственного ничтожества.
- в) чувство вины;
- г) употребление возвратной частицы «-ся» в речи (стыжусь, винюсь);
- д) обилие рассказов о переживаниях вместо собственно переживания чувств;
- е) обвинение «неблагодарных» родственников.

В ходе гештальт-терапии происходил процесс интеграции – принятия «подавляемой» части, как части самого человека.

Приемы работы: усиление специфических, ярко выраженных вербальных и телесных повторов в поведении; предъявление фигуры напряжения; челноки в жизнь; элементы арт-терапии. Для осознания телесного и вербального отреагирования клиент должен понимать, с чем и кем

он взаимодействовал.

В результате пролонгированной терапии произошли следующие изменения в отношении к болезни:

- приняли ее как возможность начать жить для себя;
- стали выражать свои чувства по мере поступления и в той мере, на какую они готовы и способны в зависимости от ситуаций;
- осознали свою ответственность за развитие отношений в семье;
- составили список выгод болезни и выздоровления.

## **Особенности преморбидного и семейного сценарного опыта онкологических больных и специфика психокоррекции неблагополучий**

Ивашкина Марина Георгиевна

Российский национальный исследовательский медицинский университет,  
г. Москва

Многолетняя научная работа, посвященная исследованию психологических особенностей взрослых пациентов (30-50) лет, страдающих онкологическими заболеваниями выявила некоторые специфические особенности преморбидного опыта онкопациентов, а также специфику семейного сценария, отличающие данную категорию испытуемых от пациентов, страдающих другими заболеваниями.

Особенности преморбидного опыта пациента :

1. Проявление отдельных "детских" черт в преморбиде (до болезни);
2. Отказ от переживания кризиса «середины жизни»
3. Повышенная виктимность (мелкие психотравмирующие события) за 1 год до диагностики заболевания
4. Большое количество «неотработанных» обид
5. Проблемы, связанные с принятием себя
6. Усиление трудностей “замечания” и реагирования на тяжелые жизненные ситуации незадолго до болезни;
7. “Бедный” опыт болезней в преморбиде по сравнению с другими соматическими больными;
8. Наличие жестко сформированных, ригидных стереотипов здоровья и болезни;
9. Превалирование в детском опыте стилей воспитания, направленных на закрепление роли “ребенка” доминирующей матерью (потакающей или диктующей);

При анализе генограмм испытуемых выявляются специфические сценарные особенности:

1. «Запрет» на безусловное принятие жизни
2. Отсутствие безусловной любви и принятия в нескольких поколениях
3. Ригидность и сверхнормативность установок по отношению к жизни.

Пути психокоррекции неблагополучий:

### **1. Работа с детскими травматическими переживаниями**

Может происходить с помощью различных психотерапевтических

методик – недирективная суггестия, арттерапия, КСТ, психодрама (в группе). Данная работа проводится по запросу, в случаях актуализации детских психотравм.

## **2. Анализ стрессовых ситуаций**

Данная техника основывается на методике “Стрессовые ситуации, предшествующие болезни”, но в несколько модифицированном ключе. Предлагается пациентам в виде домашнего задания: “Вспомните все стрессовые ситуации, происшедшие с Вами в течение года до появления первых симптомов заболевания, запишите все стрессовые ситуации, укажите рядом с ними те чувства, которые вы тогда переживали, те действия, которые Вы тогда совершали. Оцените чувства, которые присутствуют у Вас сейчас, когда Вы вспоминаете те события”. Данная техника направлена на актуализацию переживаний, связанных со стрессовыми событиями, и возможностью с помощью любых психотерапевтических приемов разрешить сохраняющиеся постстрессовые переживания.

## **3. Психотерапия обид**

По мнению многих авторов, для онкологических больных характерна такая черта, как обидчивость и трудности прощения и принятия. Данная процедура позволяет, исследовав обиды, осуществить реальные шаги по их прощению.

Данная процедура начинается в форме домашнего задания: “Вспомните все обиды, нанесенные Вам другими людьми, начиная с последней и заканчивая самой ранней (с первой вспоминаемой). Запишите их, укажите другие чувства, которые сопровождают каждую Вашу обиду. Далее укажите в процентном отношении (максимум 100%) степень прощения каждого “обидного” эпизода. Те обиды, которые Вы не можете простить более чем на 30%, выделите особо (подчеркните)”. Далее в процессе терапевтической сессии идет анализ непрощенных обид, с помощью различных техник и приемов. После чего продолжатся работы со списком обид, в котором уменьшается количество непрощенных.

**4. Рисунок “Семья моего детства”.** Предлагается нарисовать рисунок, описать актуализированные в связи с этим переживания.

Рисунок “Моя семья сейчас”. Предлагается нарисовать рисунок, описать актуализированные в связи с этим переживания. Далее сравниваем этот рисунок с предыдущим, отмечаем сходства и различия, корректируем рисунок до состояния принятия.

## **5. Работа с семейными сценариями с помощью метода генограммы.**

Метод генограммы часто используется в семейной терапии. Применительно к тяжелой соматике он очень важен, поскольку у онкологических пациентов часто встречаются патологические семейные сценарии, и настоящий метод помогает эти “проблемные” сценарии исследовать и скорректировать.

В качестве домашнего задания участникам дается инструкция составить генограмму. После этого проводится беседа, рассматриваются различные цепочки и звенья в генограммах, анализируются найденные закономерности и сценарии. Большая часть работы уже сделана на данном этапе - многим пациентам достаточно осознания, чтобы начать менять свое отношение, поведение, патологический сценарий. Но части участникам еще необходима “доработка”. “Доработка” проблемных сценариев с помощью “встроенного” ресурса. Алгоритм следующий - находим проблемную, часто повторяющуюся область. Анализируем ее. Далее, с помощью метода визуализации осуществляем “контакт” с ресурсными звеньями генограммы, получаем ресурс и планируем будущее (параллельно проводим тест на реальность-экологическую проверку). Но нередко, случается так, что в генограмме пациент не видит ресурсных звеньев, ни в какой из ее частей (даже в части супруга), тогда можно ей предложить вспомнить любое ресурсное лицо (знакомое, либо нет, может быть это будет сказочный архетип, которое живет по другому, гармоничному сценарию. Далее встраиваем ресурсное лицо в генограмму пациента, выделяя его другим цветом, но рисуя иную (может быть пунктирную, или волнистую) связь. Иногда бывает так, что ресурса не достаточно, тогда “встраиваем” в генограмму столько ресурсов, сколько необходимо. В конце концов благодарим “ресурс” и проводим экологическую проверку, планируем будущее с гармоничным сценарием.

#### **6. Семейный герб.**

Инструкция: Нарисовать семейный герб, включив туда все то, что значимо для семейной системы. Это интегративная процедура, направленная на формирование ресурсного контакта с семейной системой.



## Использование методов арт-терапии в детском паллиативе

Кизино Елена Алексеевна

Научно - практический центр мед. помощи детям, г. Москва

*Когда моя жизнь отмерена месяцами,  
Неделями, днями, часами,  
Я хочу жить свободным от боли,  
Унижений, одиночества.  
Дайте мне укрытие, протяните мне руку,  
Поймите меня и дайте мне свою любовь*

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни больного и его семьи, столкнувшихся с проблемами, ассоциированными с наличием угрожающего жизни заболевания (острого и хронического, онкологического).

Паллиативная помощь предусматривает предотвращение и облегчение страданий путем их раннего выявления, адекватной оценки и устранения.

Паллиативная помощь повышает качество жизни и позитивно влияет на состояние пациента и течение заболевания.

В основе паллиативной помощи лежат следующие постулаты:

1. Своевременное и адекватное облегчение от боли и других симптомов, приносящих страдания.
2. Жизнь и смерть - это естественный процесс.
3. Отсутствие мероприятий, способствующих ускорению или отсрочиванию ухода больного из жизни.
4. Включение в комплекс основных мероприятий психологических и духовных аспектов помощи больному.

Психологическое сопровождение или поддержка в паллиативе – это особая форма осуществления пролонгированной социально - психологической помощи, направленной на создание оптимальных условий для полноценной жизни неизлечимо больного ребенка и его семьи.

Особенности психологической помощи:

- активная позиция психолога, так как клиент в паллиативе чаще всего проявляют пассивность в решении психологических проблем
- переориентация клиента на активную жизненную позицию «здесь и сейчас» (постановка и достижения реальных целей в данный момент

времени)

- не используются активно диагностические методики
- нет четкого планирования психологического сопровождения пациента (каждая консультация может быть последней, в силу прогрессирования заболевания)
- оказание психотерапевтической помощи родителями после смерти ребенка (по запросу родителей)

Использование арт-терапии в психологическом сопровождении неизлечимо больного ребенка и его семьи

Art-therapy – лечение, основанное на занятиях художественным творчеством или использование искусства как терапевтического фактора.

Арт-терапия форма взаимодействия, при которой устанавливаются отношения между пациентом и психотерапевтом, определяющие изменения в состоянии пациента и достижения терапевтических эффектов. Арт-терапевты работают с разными пациентами, детьми и взрослыми, у которых имеются эмоциональные, физические, психические и психосоциальные проблемы. Используя изобразительные средства в клинических условиях, арт-терапевты стремятся достичь терапевтических целей, определяемых характером имеющихся у человека расстройств (ААТА 1994).

Главная особенность арт-терапии:

1. Метафоричность. Искусство как метафора, использование метафоры как исцеляющего, обучающего и социализирующего механизма.
2. Ресурсность. Развитие креативных черт личности как постоянно присутствующего внутриспсихического ресурса личности.
3. Триадность. Наличие нетрадиционной для психотерапии триады терапевт – клиент – созданный им художественный образ или произведение искусств, между которыми возникают множественные вербальные, невербальные, визуальные коммуникации.

Основная цель арт - терапии в паллиативе – вывести пациентов из их пассивной жизненной позиции, предоставить возможность нового осмысления прошлых жизненных ситуаций, решения экзистенциальных вопросов жизни и смерти, проживание эмоциональных состояний, активизация внутренних ресурсов, для того, чтобы оставшееся время их жизни было проведено настолько осознанно и красиво насколько это возможно.

Несмотря на значительно ограниченные физические возможности, чувство, что можешь сделать что-то сам, воспринимается пациентами как интенсивная деятельность. Делать что-то, на что раньше никогда не было

времени, считается особенным подарком.

Человеку необходимо чувствовать себя творцом своей жизни.

Возможности применения арт-терапии:

1. Арт-терапия практически не имеет ограничений в использовании, каждый человек (независимо от своего возраста, культурного опыта и социального положения) может участвовать в арт-терапевтической работе, поэтому нет оснований говорить о противопоказаниях.
2. Арт-терапия располагает набором разнообразных лечебных факторов (способность самого творчества приводить к гармонизации внутреннего мира) являясь средством преимущественно невербального общения. Это особенно ценно для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний. Символическая же речь является одной из основ искусства, позволяет человеку более точно выразить свои переживания, по-новому взглянуть на ситуацию и найти благодаря этому путь к их разрешению.
3. Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным мостом между специалистом и участником арт-терапевтического процесса, что ценно при обсуждении сложных и деликатных вопросов.
4. Продукты творческой деятельности являются объективным свидетельством настроений, мыслей, убеждений человека, что позволяет их использовать для динамической оценки состояния, проведения соответствующих исследований и сопоставлений

**Актуальные проблемы оказания онкологическим пациентам  
медико-социальной помощи: взгляд юриста**

Радус Антон Евгеньевич

Юрисконсульт АНО «Проект СО-действие», г. Москва

За два года работы на «горячей линии» 8-800-100-01-91 из 1037 звонков юристу удалось выделить следующие категории наиболее частых запросов пациентов:

- Лекарственное обеспечение – 202 звонка.
- Получение инвалидности – 186 звонков.
- Льготы – 154 звонка.

- Общие вопросы о получении медицинской помощи – 114 звонков.
- Получение квот на высокотехнологичную медицинскую помощь – 93 звонка.
- Оформление больничного – 56 звонков.
- Получение паллиативной помощи – 49 звонков.
- Жалобы на врачей – 39 звонков.
- Вопросы обязательного медицинского страхования – 36 звонков.
- Трудовые вопросы – 24 звонка.
- Прочее – 84 звонка.
- Ниже приводим советы, применимые к каждой отдельной категории запросов.

#### **Лекарственное обеспечение.**

Сталкиваясь с проблемами в получении необходимых лекарств, пациенту стоит иметь в виду, что при наличии онкологического диагноза пациент имеет право на бесплатные лекарства, независимо от наличия инвалидности, закреплено Постановлением Правительства от 30 июля 1994 года № 890.

Отсутствие лекарств в аптеке не является основанием для отказа в их предоставлении. Аптечное учреждение в подобном случае обязано обеспечить отсроченное обслуживание пациента в срок не позднее 10 дней (п. 2.7 Приказа Минздравсоцразвития от 29 декабря 2004 года № 328).

Перечень льготных лекарств утвержден Приказом Минздравсоцразвития от 18 сентября 2006 года № 665). Также в каждом отдельном субъекте РФ могут быть предусмотрены свои перечни льготных препаратов. Если препарат не входит в перечень льготных, то он может быть предоставлен бесплатно, если такое решение примет врачебная комиссия.

Тем не менее, наличие инвалидности во многих случаях может облегчить процесс получения необходимых препаратов, так как это федеральная льгота, и лекарства предоставляются за счет федерального бюджета.

В случае возникновения проблем пациенту стоит обратиться в местное отделение Росздравнадзора. Данная инстанция достаточно эффективна в решении подобных вопросов. Также имеет смысл обращаться в местный департамент здравоохранения, а также фонд обязательного медицинского страхования.

#### **Получение инвалидности.**

- Основные условия установления инвалидности закреплены в «Правилах признания лица инвалидом», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95:

А) Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

Б) Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

В) Необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Обжаловать решение медико-социальной экспертизы можно в течение 30 дней с момента его вынесения. Для этого нужно подать заявление в то бюро, которое проводило освидетельствование. Также решение можно обжаловать в судебном порядке.

### **Льготы**

Основные льготы инвалидам перечислены в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ», а также в Федеральном законе «О государственной социальной помощи». У инвалидов есть право на ежемесячную денежную выплату (пенсию по инвалидности), льготы на приобретение лекарства, протезов, медицинских изделий, реабилитационные мероприятия, указанные в индивидуальной программе реабилитации инвалида. Также предусмотрен ряд других льгот, например, жилищные и налоговые.

### **Общие вопросы медицинской помощи.**

- Лечение онкологических заболеваний осуществляется бесплатно или на льготных условиях (ст. 41 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

У пациента есть право на информацию о состоянии своего здоровья, о своих правах и обязанностях (ст. 31 вышеуказанных Основ). Врач не вправе отказать ему в ознакомлении с результатами обследований, а также в выдаче выписок из медицинской документации. В то же время, врач не обязан сообщать подобную информацию, если пациент сам не заявит об этом.

Право на информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства у несовершеннолетних возникает с 15 лет (ст. 24 вышеуказанных Основ).

У пациента есть право на выбор лечебного учреждения, а также на

выбор лечащего врача (ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании»).

Отказ скорой помощи выехать к онкологическому пациенту может быть расценен, как уголовное нарушение (ст.124-125 Уголовного Кодекса РФ). В подобных случаях может помочь обращение в Полицию.

#### **Получение квот на высокотехнологичную медицинскую помощь.**

Вопрос урегулирован Приказом Минздравсоцразвития РФ 1248н от 31 декабря 2010. Ознакомиться с ним можно, например, на сайте [www.talon.gasurf.ru](http://www.talon.gasurf.ru) - на данном сайте содержится и другая важная информация по вопросу квот.

Для получения квоты необходимо обратиться в местные органы здравоохранения. Перечень документов:

- а) копия паспорта гражданина Российской Федерации;
  - б) копия свидетельства о рождении пациента (для детей);
  - в) копия паспорта одного из родителей (для детей);
  - г) копия полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
  - д) копия свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии);
  - е) копия выписки из медицинской документации пациента
- Решение о предоставлении квоты или отказе должно быть вынесено в срок не позднее 10 дней. Еще 10 дней занимает принятие решение комиссией лечебного учреждения, в которое запрашивается квота.

#### **Оформление больничного.**

Вопрос урегулирован Приказом Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2011 года № 624н.

Срок нахождения на больничном зависит от клинического и трудового прогноза.

При благоприятном прогнозе срок составляет 10 месяцев (с периодичностью продления не реже, чем раз в 30 дней по решению врачебной комиссии)

При неблагоприятном прогнозе пациент не позднее, чем через 4 месяца должен быть отправлен на МСЭ. В случае отказа больничный снимается. Однако ограничений при получении больничного повторно нет.

При наличии инвалидности оплачивается только 4 месяца больничного подряд или не больше 5 месяцев суммарно в год.

#### **Получение паллиативной помощи**

Для получения направления в хоспис необходимо обратиться к районному онкологу.

В том случае, когда в городе нет хосписа, стоит обратиться в местные органы здравоохранения для получения направления в хоспис другого города.

При отсутствии районного онколога, для получения обезболивающих средств нужно обратиться напрямую к главному врачу.

#### **Жалобы на врачей.**

При возникновении конфликтных ситуаций, сложностей с получением медицинской помощи, отказе в назначении лекарств, в первую очередь стоит обращаться к заведующему отделением или главному врачу. Делать это стоит обязательно с письменным заявлением в свободной форме в двух экземплярах. Хотя срок ответа составляет 30 дней, главному врачу все равно необходимо будет принять меры и ответить пациенту в письменном виде, поэтому велика вероятность, что проблема решится гораздо быстрее.

Если это не помогло, или во время разговора с главным врачом стало очевидно, что проблема не решится, то стоит обращаться в вышестоящие инстанции (также с письменными заявлениями): департамент здравоохранения, фонд обязательного медицинского страхования (или страховая компания, выдавшая пациенту полис), Росздравнадзор.

#### **Вопросы обязательного медицинского страхования.**

Полис ОМС действует на всей территории РФ, однако получать по нему помощь можно только в рамках базовой программы ОМС. Программа на 2011 год утверждена Постановлением Правительства от 04 октября 2010 г. № 782. Также в каждом субъекте РФ действуют территориальные программы ОМС. Уточнить объемы бесплатной медицинской помощи можно в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

#### **Трудовые вопросы.**

После установления инвалидности работнику должны предложить работу в условиях, соответствующих указанным в его индивидуальной программе реабилитации рекомендациям. Если это невозможно, то работника могут уволить.

Таковы основные вопросы, с которыми приходится сталкиваться онкологическим больным в процессе и лечения и реабилитации. Решение этих вопросов помогает устранить большое количество тревожных состояний, связанных с болезнью, поэтому так важно знать ресурсы такой помощи, в данном случае - это Всероссийская бесплатная круглосуточная горячая линия для онкологических больных и их близких АНО «Проект СО-действие»

## **Выработка критериев стандартизации онкопсихологической службы в России**

Рожкова Ольга Дмитриевна

Вице-Президент «Национального Фонда Поддержки здоровья женщин», член  
правления Ассоциации Онкопсихологов, г. Москва

Сегодняшний 3-й Съезд Ассоциации Онкопсихологов - это хорошая возможность получить экспертное мнение специалистов онкопсихологов с различных регионов и работающих в разных профилях онкологических учреждений, таких как детская онкология, хосписы, паллиативные отделения, различные онкологические отделения диспансеров и крупных клинических комплексов. Съезд Ассоциации онкопсихологов - площадка для выработки программных документов, позволяющих менять к лучшему ситуацию в России, чтобы качественная психологическая поддержка онкопациентов была доступна во всех регионах нашей страны и на всех этапах протекания заболевания.

Сегодня на Съезде мы с Вами начнем очень важную работу, которая обязательно принесет свои плоды по изменению положения онкопациентов в стране и изменит отношение к онкопсихологам в органах здравоохранения и других регулирующих структурах. Это выработка рекомендаций в программный документ, который учтёт все ваши экспертные эффективные предложения и составит целостную картинку под названием **«Рекомендуемые стандарты в работе онкопсихолога»**.

Существует принцип Паретто: 20% усилий определяют 80% успеха. Будем считать, что 20% онкопсихологов нашей страны, которые присутствуют на Съезде, сейчас прокладывают путь для остальных 80% специалистов, чтобы в результате вместе мы могли изменить картину с комплексной помощью онкопациентам в России.

Почему я предложила поднять этот вопрос на Съезде. Я Вице – Президент «Национального фонда поддержки здоровья женщин». И сейчас мы работаем над открытием психологического реабилитационного центра для комплексной поддержки женщин с онкологическими заболеваниями. Поэтому с мая месяца я имею опыт взаимодействия с различными структурами Минздрава и ведущими экспертами в области онкологии. Из этих



многочисленных контактов с данными структурами вырисовывается не очень радужная для нас картина.

Мы, онкопсихологи, не понятно чем занимаемся, но общее направление нашей деятельности угадывается - это взять психологические проблемы пациентов на себя. Цели, задачи и методы работы непонятны. Критерии эффективности тоже расплывчаты. Поэтому у органов здравоохранения нет мотивации включать в свои структуры наших специалистов, уповая на то, что штатом предусмотрены врачи психиатры, а мы с Вами знаем, что не многим пациентам нужна именно психиатрическая помощь, гораздо больше востребована и эффективна помощь онкопсихолога. Поэтому там, где онкопсихологи включены в штатное расписание, часто происходит имитация деятельности, потому что 1-го специалист на четыре больничных корпуса для качественной работы это явно недостаточно. Происходит профанация деятельности специалиста. А большее количество ставок выделить не могут, так как нет заинтересованности и регламентирующих документов для их выделения.

Чтобы изменить данную ситуацию, сегодня, на Съезде очень важно начать работу по выработке стандартов, которые бы отражали многие критерии эффективной работы онкопсихологической службы. Это уровень подготовленности специалистов, работающих в этой области, это стандарты работы в органах здравоохранения и в различных некоммерческих организациях занимающихся психологической помощью онкопациентам.

### **Что такое стандартизация и почему она необходима.**

Стандартизация является инструментом обеспечения качества оказываемой помощи, это создания определённых границ нашей деятельности, определения зон работы для успешного интегрирования и сотрудничества с сообществами специалистов онкологической службы и органами государственного регулирования здравоохранения.

**Потому что конечная цель всех общих усилий это повышение качества жизни онкопациентов в процессе лечения и после него.**

За счет чего этого можно добиться

1. Создание и реализации четкой программы Ассоциации Онкопсихологов, по системному внедрению онкопсихологической службы в онкологические учреждения нашей страны.
2. Выработка неких рекомендованных стандартов работы для органов здравоохранения и органов определяющих штатные расписания учреждений. Создание возможности для донесения нашего

экспертного мнения в соответствующие органы.

### 3. Создание базы для повышения квалификации кадров по онкопсихологии в рамках России.

#### **Теперь непосредственно о стандартизации.**

Проблема качества оказания помощи актуальна для всех стран, а для России тем более, потому что Россия сейчас интенсивно интегрируется в европейское сообщество, где большое внимание уделяется качеству жизни пациентов. Деятельность онкопсихолога также направлена на достижение таких гуманных и социальных целей, как благополучие, здоровье, высокое качество жизни онкопациентов и интеграция в общество. Поскольку онкопсихолог является не единственным профессионалом, чья деятельность направлена на достижение этих целей, то нам надо выходить на сотруничающие позиции с медицинским сообществом. А это достигается выработкой стандартов работы. Где прописаны цели и задачи, критерии эффективной работы онкопсихолога.

*Стандарт – это образец или модель, которые принимаются за исходные для сопоставления и внедрения для образования устойчивой, эффективной и работоспособной системы.*

*Стандартизация в онкопсихологии - это нормы, правила и характеристики, определяющие оказание комплексной эффективной психологической помощи онкопациентам, в целях обеспечения комплексного медицинского лечения, и комплексной поддержки пациента после лечения.*

#### **Цель стандартизации работы онкопсихологической службы.**

Это достижение оптимальной степени упорядочения и эффективности работы онкопсихологической службы для решения существующих, в рамках комплексного подхода в лечении задач.

**Основными результатами деятельности по стандартизации** должны быть повышение качества оказываемой онкопсихологической помощи и устранению барьеров в достижении общих с медициной целей, то есть повышение качества лечения и качества жизни онкопациентов, как в процессе лечения, так и после него.

**Стратегическая цель** – потенцировать продвижение модели комплексной психологической помощи онкологическим пациентам и организация в России онкопсихологической службы, которая может создать комплексную квалифицированную помощь в процессе лечения и после него.

#### **Цели выработки стандартов.**

1. Способствует быстрейшему внедрению научных достижений в

практическую деятельность в рамках системы онкопсихологической помощи.

2. Повышение качества комплексной помощи онкопациентам.
  3. Повышение внимания и заинтересованности органов здравоохранения в области онкологии, в изменении и внедрении успешной модели работы онкопсихологов в системе здравоохранения. Потому что выработанные стандарты полностью отвечают заявленным программным документам Министерства здравоохранения.
  4. Успешная интеграция в экспертное сообщество, которое призвано качественно изменить положение онкологических пациентов в стране. А это создание на Российском уровне единой методической основы для разработки новых и совершенствование действующих принципов и способов работы онкопсихолога.
- Стандартизация создаёт условия для самоорганизации структуры из разобщённых одиночек онкопсихологов. Постепенно создаётся системная структура, которая эффективно может изменить качество жизни пациентов в процессе лечения и на катамнестическом периоде.
  - Для работающих онкопсихологов это создаёт защиту интересов и потенцирование развития онкопсихолога как специалиста. Потому что внутри стандартизации будут заложены механизмы для внедрения эффективных программ работы.
  - Стандартизация ведёт к повышению профессионализма среди онкопсихологов, создание системы повышения квалификации. Создание стандартов повышения квалификации психологам по онкопсихологии.

Таким образом,

- Стандартизация основывается на последних достижениях науки и практического опыта и определяет прогрессивные, оптимальные решения в области онкопсихологии.
- Стандартизация является инструментом *обеспечения не только конкурентоспособности, но и эффективного партнерства для решения общей цели – это облегчения процесса лечения, улучшения качества жизни онкопациентов и интеграция пациента в общество.*

#### **Структура стандартизации.**

Теперь структура стандартизации, которую я предлагаю к рассмотрению. Она приблизительная и после ваших экспертных дополнений будет меняться.

**Рабочий вариант стандартизации включает следующие разделы.**

1. Разработать критерии качественной комплексной поддержки онкопациентов в процессе лечения и на катамнестическом периоде.
2. Общие рекомендации образовательного уровня к специалисту-онкопсихологу.
  - Специалист с высшим психологическим образованием, с наличием клинической специализации (клинический психолог) или специалист с высшим психологическим образованием, прошедший курс повышения квалификации по онкопсихологии не менее 120 часов.
  - Желательно наличие опыта прохождения личной терапии.
  - Рекомендованное повышение квалификации 1 раз в 5 лет, для внедрения в практическую деятельность передового эффективного практического опыта работы.
3. Общие рекомендации к организации процесса работы онкопсихолога в системе здравоохранения.
  - Количество специалистов на количество пациентов.
  - Превалирующие направления работы. Цели, задачи и возможно эффективные методы работы в различных направлениях работы онкопсихолога
  - Критерии стандартов для работы в стационарных условиях.
  - Критерии стандартов для работы со взрослыми пациентами.
  - Критерии работы с детьми, как в рамках обычных онкологических отделений, так и паллиативной помощи.
  - Критерии работа в поликлинических и амбулаторных условиях.
  - Критерии работы хосписной службы.
  - Организация механизма профилактики эмоционального выгорания у специалистов-онкопсихологов и возможности получения супервизии и коллегиальной помощи в ведении пациентов, как централизованный орган в данном регионе (варианты очные и заочные).
4. Общие критерии и рекомендации к организации процесса работы в рамках психологической поддержки некоммерческих организаций.
5. Общие критерии и стандарты работы волонтерского движения.

## **Специфика работы социально-психологической службы в детском хосписе (из опыта работы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»)**

Русанова Юлия Петровна, Шаргородская Ольга Александровна  
СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»

Паллиативная помощь детям отличается рядом особенностей: заболевания детей, обуславливающие потребность в паллиативной помощи, представляют собой широкий спектр, включающий редкие состояния, порой генетически обусловленные, часто с сопутствующими нарушениями в физическом и интеллектуальном развитии; смерть ребенка в нашем обществе переживается как более трагичное событие.

Основой создания учреждения для оказания паллиативной помощи детям в Санкт-Петербурге стала интегративная модель (принятая ВОЗ), в которой сопровождение ребенка начинается в ранние сроки развития заболевания в сочетании с лечебным воздействием, направленным на продление жизни, и продолжается в течение всего заболевания, заканчиваясь излечением или смертью. При организации работы мы обращались к опыту специалистов ОБО «Белорусский детский хоспис», А.В.Гнездилова, а также американских и канадских хосписов.

Основной причиной создания детского хосписа в Санкт-Петербурге в 2003 году была необходимость реализовать право инкурабельных больных на получение гарантированного объема медико-социальной помощи и улучшение качества жизни в терминальной стадии заболевания. Хоспис начал свою работу как выездная служба, состоящая из врачей, медицинских сестер, социальных педагогов и психологов.

В июне 2010 г был открыт стационар детского хосписа на территории парка Куракина Дача. В данный момент в его структуру входят: стационарное отделение, дневной стационар, выездная (амбулаторная) служба и социально-психологическая служба.

Основной задачей паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни пациентов и их семей в согласии с их ценностями и независимо от места нахождения пациента, следовательно, существенно возрастает роль социально-психологической и духовной поддержки семьи. Мы не можем вылечить ребенка, но мы можем сделать его жизнь насколько это возможно полноценной, насыщенной, радостной.

В состав социально-психологической службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» входят психологи, социальные педагоги, воспитатели,

учитель-дефектолог, специалист по социальной работе, которые разрабатывают для каждого ребенка индивидуальную программу сопровождения. Программы разрабатываются с учетом выявленных в процессе общения особенностей личности и физического состояния ребенка, семейной ситуации и социально-бытовых условий жизни пациента.

В эту программу мы включаем: психолого-педагогическую диагностику; коррекционно-развивающие занятия, как в стационаре, так и на дому; организация и проведение индивидуальной работы, направленной на развитие талантов, умственных и физических способностей ребенка; консультирование родителей по вопросам развития, воспитания ребенка с тяжелым заболеванием; консультирование по социальным вопросам; психологическое консультирование родителей и детей, психотерапевтическая помощь; организация развлекательных и познавательных мероприятий не только для ребенка, но и для других членов семьи; организация различных видов культурной деятельности детей и взрослых, мероприятий, направленных на развитие социальных инициатив, реализацию социальных проектов и программ; исполнение заветной мечты ребенка (проект «Мечты сбывается»); организация работы волонтерской службы; работа с персоналом; сопровождение семьи после утраты ребенка в течение 14 месяцев.

В своей работе мы используем следующие методы: арт-терапия, юнгианская песочная терапия, игровая терапия, сказкотерапия, рассказывание терапевтических историй, музыкальная терапия с использованием звукового луча «Саунд-Бим», сенсорная комната, где проводятся сеансы релаксации и коррекционно-развивающие занятия, техники конструктивного и развивающего диалога, совместный просмотр и обсуждение кинофильмов, имеющих в сюжете проблему, аналогичную с проблемой ребенка, и пути выхода из нее, а также методы коррекционной и лечебной педагогики для работы с детьми с различными нарушениями развития.

Одним из важных направлений, которое мы в настоящее время пытаемся развивать - это работа с болью. Она включает в себя обучение релаксационным психотехникам, ароматерапию, специальную организацию дня ребенка, чтобы он получал как можно больше положительных эмоций (небольшие сюрпризы, приготовление любимых блюд, необычные экскурсии, привозка в больницу интересных животных, мини-концерты в палате, творческие мастер-классы).

При работе с семьей, в которой живет неизлечимо больной ребенок, необходима адекватная и своевременная помощь целой команды

специалистов: врачей, медицинских сестер, психологов, дефектолога, социального педагога и специалиста по социальной работе. Специалисты социально-психологической службы принимают участие в медицинских консилиумах, в беседах с родителями, особенно во время обсуждения вопросов, касающихся процесса ухудшения состояния и умирания ребенка, оказывают консультационную и психологическую помощь медицинскому персоналу. Медицинские работники в свою очередь дают нам рекомендации, касающиеся возможностей того или иного ребенка, ограничений по физическому состоянию, сообщают о своих наблюдениях за отношениями между ребенком и родителем.

Такая командная работа помогает нам оказывать своевременную и всестороннюю поддержку ребенка и его семьи в тяжелый для них период. Кроме того, это является хорошим методом профилактики эмоционального выгорания. Возможность поделиться с коллегами своими чувствами и получить поддержку, посмотреть на проблему с точки зрения разных специалистов позволяет не накапливать в себе тяжелые переживания, а, следовательно, сохранять и развивать себя как человека и как специалиста.

### **Дочки-матери в онкопсихологии: опыт телефонного консультирования**

Сергеева Елена Владимировна, MA in Counselling

Волонтер линии психологической помощи АНО Проект Содействие, г. Москва,  
Токийская Горячая Линия, Токио

*Дай человеку рыбу, и ты накормишь его только раз. Научи его ловить рыбу, и он будет кормиться ею всю жизнь. (Китайская пословица)*

Анализ статистики работы линии психологической помощи онкопациентам и их родственникам АНО «Проект СО-действие» привлек внимание к запросам одной из самых многочисленных категорий абонентов - родственников (в основном - дочерей или матерей) пациентов. По результатам анализа предлагается оптимизировать работу консультантов с данной категорией и более осознанно делать акцент на моделировании ситуаций и выработке навыков построения доверительных отношений, «взрослого» общения и активного слушания. Наряду с созданием условий для нормализации состояния, эмоциональной разрядки и поддержки, направленных на самораскрытие, самоактуализацию и личностный рост

абонента, что само по себе может привести к росту функциональности семейной системы, целью консультирования хочется видеть выработку у абонента навыков создания способствующих росту условий для перенесения этих навыков в жизнь и, в частности, в отношения с пациентом. В ходе Съезда проявлена и подхвачена инициатива организации тренингов телефонного консультирования с целью привлечения волонтеров и расширения потенциальной аудитории как консультантов, так и обращающихся за помощью.

1. «Не человек заболевает раком, а семья». (Тэрри Тэмпест Уильямс). Это подтверждают обращения на линию: абонентов-родственников в два раза больше, чем пациентов, и большинство из них – женщины («дочки-матери»). Звонки от дочерей составляют 20-25%, от матерей - 15% всех значимых звонков. Анализ статистики аналогичных западных линий: 77-79% абонентов - женщины, 45-46% звонков от родственников, 23% от пациентов; основной тип абонента - родственник пациента, женщина 30-40 лет, как правило замужем и с детьми<sup>2</sup>. Семья в лице осуществляющих уход за больным обращается за помощью, и семья является субъектом консультирования. «Дочки-матери» - это связующее звено в общении с врачами, с психологами, а также с остальными родственниками.
2. В Университете Колумбия (США) составили примерный демографический профиль ухаживающих за пациентами<sup>3</sup>: Возраст – 38.9 лет, 70% замужем, 65% имеют детей, 57% имеют высшее образование, 60% работают. В России профиль похож. «Дочки-матери» так же встроены в разные системы отношений. Принимая на себя роль по уходу за больным, женщины теряют привычные роли, испытывая сильнейший стресс, вину, досаду и грусть. Прежние модели не работают, нужны изменения. Отношение к изменениям амбивалентно, как и к роли по уходу за больным. Женщины переживают и сживание, и несживание с этой ролью. За противоречивыми чувствами по отношению к этой роли стоит острое ощущение ее «временности» и страх потери через смерть родственника. Преждевременное горевание, естественное для ситуации ухода за

---

<sup>2</sup> Данные работы трех линий: Линии Университета Калифорнии (the UCLA Psychosocial Cancer Counseling Line), линии АМС (Counseling Line (CICL) of the AMC Cancer Research Center ) и Австралийской Линии (Cancer Helpline service operated by the Cancer Council Victoria) (Abstracts in Public Medicine Central)

<sup>3</sup> Victoria H. Raveis. Caregiving Daughters' Careprovision During Cancer Survivorship: Challenges and Benefits. Columbia University. Mailman School of Public Health, Copyright 2007, Victoria H. Raveis, vhr1@columbia.edu



умирающим, часто скрывается или вытесняется, что только усугубляет ситуацию.

3. В условиях кризиса и постоянного стресса, «дочки-матери» оказывают психологическую помощь пациентам и другим родственникам. Они фактически дублируют функции линии помощи по отношению к пациентам – членам их семей, не имея ни образования, ни навыков, ни моделей продуктивного общения. Они мало доступны для очного консультирования в силу многих факторов – временных, финансовых, семейных. Психологическая работа с ними на линии помощи часто отличается от работы с пациентами: родственники ищут не только поддержки, но и навыков общения с больным (или умирающим), навыков совладания (копинга) и реагирования в стрессовых ситуациях.
4. Наряду с оказанием «скорой» психологической помощи, консультанты могут целенаправленно обращать внимание абонентов на принципы создания ситуации доверительных отношений и условия размещения и принятия эмоций, особенно болезненных, используя пространство звонка как терапевтическую модель, элементы которой абоненты могут перенести в свою жизнь. Акцентируя внимание абонентов на достигнутом «здесь и сейчас» изменении состояния, консультант работает на осознание абонентом моделей общения, способствующего самораскрытию и личностному росту, и помогает развивать навыки такого общения.
5. Международные линии психологической помощи привлекают волонтеров, не имеющих психологического образования, и обучают их способствующим самораскрытию и росту навыкам терапии выслушивания. Родственники пациентов часто обращаются с запросом на навыки общения. Терапия выслушивания, базирующаяся на клиент-центрированной терапии, основана на простых принципах «здесь и сейчас», эмпатии, безоценочного принятия, честности и прозрачности. Такие ее техники как признание естественности и нормальности любых чувств, отражение чувств, прояснение и уточнение ощущений и смыслов являются основой работы на самораскрытие абонента и могут быть донесены до мотивированного абонента в пространстве одного или нескольких звонков. Навыки понижения уровня тревожности, такие как глубокое дыхание, используемые почти в каждом звонке, могут стать основой улучшения совладания для абонентов и их близких.
6. Психологическое (или юридическое) информирование признается одним

из самых действенных способов снижения тревожности. Помимо предоставления информации, консультанты говорят о психосоматической природе онкологии, о том, что рак – это заболевание семьи как системы, о том, что принимая самих себя как есть и изменяясь сами, абоненты переносят изменения в систему и способствуют личностному росту других ее членов. Самоактуализация одного из членов системы за счет лучшего контакта с собой и с реальностью, большей осознанности и информированности может приводить к перестройке всей семейной системы и повышению ее функциональности. Звонящий на линию может быть именно таким членом семейной системы, пытающимся ее перестроить и ищущим необходимой для этого внешней составляющей – в лице линии.

7. Поддержка родственников станет более функциональной, если побуждать их к обратной связи как по результатам информационных запросов, которыми начинается большинство звонков, так и по результатам перенесения навыков в жизнь. Акцент на обратную связь может иметь эффект более значимого присутствия линии помощи как опоры в жизни абонента. Обратную связь можно осуществлять через линию, сайт, или информационную базу.
8. Моделирование принципов взрослого общения и выработка навыков перенесения их в жизненное пространство абонента как часть стандарта работы консультантов является профилактикой их профессионального выгорания. Работая через эмпатию, консультант находится в референтной зоне абонента, как бы смотрит на мир и на ситуацию его глазами и использует его ресурсы. Большинство техник являются отражающими, и при истинной эмпатии возникающие у консультанта чувства отражаются абоненту. Стандартизация подхода является дополнительной защитой для каждого консультанта, не лишаящей индивидуальности. Введение в стандарт работы элементов навыкообразующих техник может потенциально помочь получить «добровольцев» в лице «дочек-матерей», ведь они все равно «работают» с пациентами. «Дочки-матери» как детская ролевая игра способствующая взрослению может стать метафорой работы с родственниками пациентов на линии.

В качестве примера работы с абонентом «дочки-матери» приведу работу с состоянием шока, поскольку она предполагает и нормализацию состояния, моделирование доверительных отношений, эмпатии и принятия эмоции, и может включать попытки закрепления этого навыка.

Слышим: Рыдание в трубку; «Не могу больше...»; «Простите, что реву тут...»; «Как же это выдержать...»; «Как разговаривать...как смотреть в глаза...»

Техники реагирования с примерными репликами консультанта:

*Приложение 1. Работа с шоковым состоянием (На примере новостей о возможной скорой смерти пациента)*

Техника	Пример	Задача и цель
Эмпатия. 1 он. Минимальная поддержка. Поощрение к выражению эмоций	«Вам больно». «Плачьте». «Вам очень тяжело, плачьте, надо вылить эту боль». «Выплачьтесь, я с вами, мы не спешим, вы никого не задерживаете». «Спасибо, что плачете, что даете себе разрядку, это сейчас очень важно. Сейчас очень важно сохранить ваши силы, ведь вы – основной ресурс для (пациента)».	Установление раппорта. Нормализация состояния, кажущегося неконтролируемым, снятие шока, паники, тревожности. Моделирование ситуации искреннего общения, безопасного выражения болезненных эмоций и их принятия.
Разрешение на психологическую интервенцию. Запрос на сотрудничество.	«Вам помочь успокоиться, или хочется еще выплакаться?» «Помогите мне помочь вам...»	Моделирование ситуации наличия выбора. Закрепление контроля над ситуацией и способности принимать решения за абонентом. Формирование альянса.
Нормализация состояния: глубокое дыхание, тренинг релаксации	«Выдохните со мной вместе – до конца – все-все, что есть – 1,2,3,4,5... Теперь вдох. Рука на животе, вдыхайте животом – 1,2,3,4,5...» (5-6р) и т.д;	Демонстрация способов выхода шоковых и панических состояний; Создание модели и формирование навыка.
Признание естественности чувств; отражение чувств; признание нормальности преждевременного горевания	«Шок – это естественная реакция вашей психики». «Я слышу, вам стыдно, что постоянно преследуют страх смерти (пациента). Это невероятно тяжело, но поверьте, это нормальная реакция, многие звонят нам и говорят, что страшно и стыдно». «Сказать о	Моделирование ситуации безопасного размещения болезненных эмоций и их принятия. Информирование о природе чувств и эмоций. Формирование идеи о линии как о психологическом ресурсе.

	любом чувстве не стыдно, чувства - они просто есть, спасибо, что вы их называете».	
Бережная конфронтация и работа с сопротивлением. Декодирование существующих непродуктивных способов общения;	«Действительно, считается, что об этом не надо говорить, но ведь это постоянно присутствует в вас, и вы неосознанно передаете это – на эмоциональном уровне. Желая как лучше, вы неосознанно поддерживаете такое вот непродуктивное общение. Вы испытываете вину за это, мне не безразлично ваше эмоциональное состояние.»	Нормализация, валидизация чувств Модель доверительных отношений Модель бережной конфронтации.
Информирование	«Я слышу, что вы говорите, вы постоянно сдерживаетесь при ваших близких. Действительно, так принято, и вам кажется, что так лучше. Но давайте посмотрим, что на самом деле происходит. Вы сдерживаетесь, и неосознанно посылаете сигнал сдерживаться вашему родственнику. Это происходит неосознанно, и он также неосознанно его считывает, и в нем растет тревога. Желая, как лучше, вы неосознанно моделируете такое поведение, при котором все внутренние силы уходят на то, чтоб просто сдерживаться, и сил на выздоровление не остается. Вам тяжело от этого. Мне не безразлично ваше внутреннее состояние.»	Декодирование непродуктивных моделей поведения. Информирование о принципах коммуникации, об эмпатии, просто бытии рядом, важности быть «здесь и сейчас», важности молчания, присутствия, принятия и природе эмоций
Благодарность за поступок (звонок),	«Вы уже помогаете тем, что заботитесь о себе и звоните сюда.	Способствовать самораскрытию и

заботу о родственнике и себе	заботясь о себе, вы показываете пример ответственного отношения к себе, так необходимого вашему родственнику.» «Преодолевая страх и условности, вы показываете пример более честного и глубокого общения, которое сможет обогатить и вашу и его жизнь».	самоактуализации абонента. Способствовать повышению осознанности эмоций и повышению уровня дифференциации.
запрос на обратную связь	«Вы не могли бы позвонить нам после того, как позвоните.(...) Для нас важна обратная связь. Мы даем эти номера пациентам, вы бы очень помогли и нам, и другим пациентам».	Работа в альянсе, создание идеи «миссии», домашнее задание

#### **Список использованной литературы:**

1. Rainey, L.C. Cancer counseling by telephone help-line: the UCLA Psychosocial Cancer Counseling Line. Public Health Rep. 1985 May-Jun; 100(3): 308–315.
2. Marcus AC, Garrett KM, Kulchak-Rahm A, Barnes D, Dortch W, Juno S.
3. Telephone counseling in psychosocial oncology: a report from the Cancer Information and Counseling Line. Patient Education and Counseling. 2002 Apr;46(4):267-75.
4. Jefford M, Black C, Grogan S, Yeoman G, White V, Akkerman D. Information and support needs of callers to the Cancer Helpline, the Cancer Council Victoria. European Journal of Cancer Care. 2005 May;14(2):113-23.
5. Victoria H. Raveis. Caregiving Daughters Careprovision During Cancer Survivorship: Challenges and Benefits. Columbia University. Mailman School of Public Health. Copyright 2007, Victoria H. Raveis, vhr1@columbia.edu

#### **Всероссийский социальный проект «Кабинет онкопсихолога»**

Теньковская Ирина Геннадьевна

НП «Здоровое будущее», менеджер проекта, г. Москва

«Кабинет онкопсихолога» - социальный благотворительный проект, который реализует Некоммерческое партнерство по содействию в реализации социальных программ в сфере медицины и здравоохранения «Здоровое будущее».

Цель проекта – создание и развитие системы оказания психологической помощи онкологическим больным и их родственникам при государственных лечебных учреждениях России.

Задачи проекта:

- организация кабинетов психологической помощи при онкологических диспансерах в крупнейших регионах России;
- поиск специалистов-онкопсихологов;
- регулярное обучение и повышение квалификации онкопсихологов, участвующих в проекте;
- информационная и методическая поддержка деятельности онкопсихологов;
- работа с органами власти для включения психологической помощи в федеральный стандарт лечения онкологических заболеваний.

Проект «Кабинет онкопсихолога» запланирован к реализации на базе онкодиспансеров 9 регионов России, а именно: Тула, Калуга, Тверь, Нижний Новгород, Уфа, Челябинск, Омск, Красноярск и Хабаровск.

Он рассчитан на долгосрочный период.

В целом план мероприятий по реализации проекта подразумевает организацию кабинетов психологической реабилитации в онкологических диспансерах, подбор специалистов-психологов и всестороннюю поддержку их работы.

На сегодняшний день организованы кабинеты онкопсихологов в 8 регионах Российской Федерации.

В ходе реализации проекта было проведено более 50 собеседований, в результате которых были отобраны одиннадцать психологов, которые участвуют в нашей программе на сегодняшний день.

Психологи-участники проекта прошли обучение в Москве по программе «Психологическая помощь онкологическим больным и их близким», которое проводит АНО «Проект СО-действие». Сейчас онкопсихологи, каждый в своем регионе, работают в онкологических диспансерах и ведут прием пациентов.

Один из принципиальных моментов проекта «Кабинет онкопсихолога» - это официальное оформление онкопсихолога в штат лечебного учреждения, в

котором он работает. Однако в штатной сетке онкодиспансеров в нашей стране нет позиции психолога. И введение этой ставки достаточно энергоемкий процесс, требующий немалых усилий со стороны администрации онкодиспансера. Поэтому «Здоровое будущее» совместно с Ассоциацией онкопсихологов России, АНО «Проектом СО-действие» и Национальным Фондом Поддержки Здоровья Женщин участвовало в составлении письма в Минздравсоцразвития РФ с просьбой ввести ставку клинического психолога в государственные онкологические учреждения.

Немного о результатах работы онкопсихологов-участников проекта. За период с 1 июня по 1 августа ими в общей сложности проведено более 570 индивидуальных консультаций с пациентами, родственниками и сотрудниками онкодиспансеров. Проводятся групповые занятия, в общей сложности за отчетный период – 105. Кроме того, иницируются беседы с персоналом онкодиспансеров, с целью разъяснения роли психолога в процессе лечения пациента.

В планах по реализации проекта - открытие кабинета онкопсихолога в Твери. В дальнейшем будут проводиться веб-семинары для повышения квалификации психологов, обмена опытом между регионами и мониторинга работы кабинетов. Также планируется организация пациентских школ с привлечением к их работе онкопсихологов. Также планируется дальнейшее расширение географии проекта «Кабинет онкопсихолога».