

ПЯТЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ОНКОПСИХОЛОГОВ



ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

КРУГЛОСУТОЧНО. АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО.



Генеральный спонсор
Пятого съезда онкопсихологов

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МОСКВА
2013

Настоящий сборник включает тезисы V Всероссийского съезда онкопсихологов, проходившего 14 –16 ноября 2013 года в Москве.

Главной целью съезда традиционно является обмен практическим опытом, научными взглядами и мнениями внутри профессионального сообщества специалистов, оказывающих помощь онкологическим больным.

В Съезде приняли участие 180 специалистов, работающих в сфере оказания помощи онкопациентам и их родственникам из России и ближнего зарубежья: психологи, социальные работники, врачи. Среди них наши коллеги из Москвы, Санкт-Петербурга, Алматы, Архангельска, Астаны, Астрахани, Белгорода, Бийска, Брянска, Владимира, Волгограда, Иркутска, Йошкар-Олы, Кемерово, Костромы, Липецка, Майкопа, Минска, Нижневартовска, Обнинска, Одессы, Омска, Оренбурга, Риги, Ростова-на-Дону, Рязани, Самары, Ставрополя, Сургута, Ташкента, Томска, Хабаровска, Ярославля и других городов.

Мы благодарим всех участников съезда и надеемся, что система оказания психологической помощи онкологическим пациентам будет с вашей помощью активно развиваться и в дальнейшем.

Вместе мы сможем сделать больше для онкологических больных в нашей стране!

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

Сборник тезисов V Всероссийского съезда онкопсихологов, Москва, 2013. – 68 с. Подготовлен АНО «Проект СО-действие».

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

Этот сборник можно скачать из Интернета
по адресу: <http://bit.ly/onco-thesis>

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПОКАЗАТЕЛИ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ МАСТОПАТИЕЙ <i>Абдугафарова Ш.Ш., Мирясупова Г.Ф.</i>	6
ЛИЧНОСТНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХОСПИСА <i>Абдуллаева М.М.</i>	6
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ В СВЯЗИ С ЕЕ ДИСТРЕССОМ И РЕБЕНКА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ <i>Аралова М.П., Асланян К.С., Коленова А.</i>	9
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВАНОВОГО ПОДХОДА В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ (РОНЦ ИМЕНИ Н.Н.БЛОХИНА) <i>Бяй Е.Г.</i>	11
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Вагайцева М.В.</i>	17
МУЗЫКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Демиденко С.А.</i>	18
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И ПРАВОСЛАВНОГО СВЯЩЕННИКА, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ДУХОВНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Демиденко С.А.</i>	22
СУЩЕСТВОВАНИЕ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОТЛОЖЕНО: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ В ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Дерябо Л.Ю., Лицов Д.В.</i>	24
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Довбыш Д.В.</i>	27
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕОРИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА НА ЛИНИИ ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ <i>Ежова К.А.</i>	29

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АСТРАХАНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ <i>Золотовская Л.М.</i>	31
АНТИДЕПРЕССАНТЫ В ПРЕОДОЛЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Комкова Е.П., Магарилл Ю.А.</i>	34
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Котюкова А. Ю.</i>	36
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ К СМЕРТИ ЛИЧНОСТИ В МАЛОЙ ГРУППЕ В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА <i>Кужина М.В.</i>	38
ЗАЩИТА ОТ СМЕРТИ И ПРИНЯТИЕ СМЕРТИ КЛИЕНТОМ И ПСИХОЛОГОМ В КОНТЕКСТЕ РАБОТЫ ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Лицов Д.В., Дерябо Л.Ю.</i>	40
ВЕРА В КОНТЕКСТЕ РАБОТЫ С ОНКОБОЛЬНЫМИ <i>Лицов Д.В., Дерябо Л.Ю.</i>	42
ПАРАДИГМА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ <i>Русина Н.А.</i>	44
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ткаченко Г.А.</i>	48
ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕ, КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ХАРАКТЕР ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СТАЦИОНАРНОМ И ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ <i>Фисун Е.В., Мирошкин Р.Б.</i>	50
К ПРИРОДЕ ОНКОЛОГИИ И ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТА (ГИПОТЕЗЫ) <i>Хайкин А.В.</i>	52
«В НАЧАЛЕ БЫЛО СЛОВО...» ИЛИ КАК, РАБОТАЯ ОНКОХИРУРГОМ, БЫТЬ ЧЕЛОВЕКОМ <i>Четвериков С.Г., Четверикова И.А.</i>	54

НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ КОНСУЛЬТАНТА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Щербакова Т.Н.</i>	57
--	----

СТРАТЕГИЯ ОТВЛЕЧЕНИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Ушакова О.В.</i>	59
--	----

АНОНСЫ И СТАТЬИ

ОЧНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ИНСТРУМЕНТЫ <i>Вагайцева М.В.</i>	62
--	----

«КНИГА В ПОМОЩЬ» — ПОСОБИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ БОЛЬНЫ ЛЕЙКОЗОМ <i>Леднева Н.О.</i>	63
--	----

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ <i>Орлова О.А., Бялик М.А.</i>	64
---	----

О ФОНДЕ «ВЕРА»	66
----------------------	----

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ 8-800-100-0191	67
---	----

ПОКАЗАТЕЛИ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ МАСТОПАТИЕЙ

Абдугафарова Ш.Ш., Мирюсупова Г.Ф.
*Ташкентский городской онкологический диспансер
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Узбекистан*

Цель исследования: изучить структуру фрустрационной толерантности у больных мастопатией для выработки эффективного терапевтического подхода.

Материалы и методы: у 53 пациентов с мастопатией, в возрасте от 40 до 50 лет, находившихся на амбулаторном приёме в Ташкентском городском онкологическом диспансере, изучена реакция на фрустрацию при помощи рисуночного теста Розенцвейга (24 рисунка).

Результаты: первый тип реакций на фрустрацию (с фиксацией на препятствие) отмечен у 16 больных (30,2%), второй тип реакций (самозащитный тип)- у 25 больных (47,2%), третий тип (направленность на решение проблемы)- у 12 больных (22,6%). По направленности реакции на фрустрирующую ситуацию, больные распределились: 1. экстрапунитивная реакция - у 28 больных (52,8%), 2. интрапунитивная реакция- у 14 больных (26,4%), 3. импунитивная реакция- 11 больных (20,8%). По полученным 9 вариантам типа и направленности реакции на фрустрацию получен средний коэффициент социальной адаптации- 46%.

Выводы: средний фрустрационный профиль у женщин с мастопатией в данной возрастной группе соответствует фрустрационному профилю больных неврозом. Лечение пациентов с мастопатией с такими признаками невротической декомпенсации, требует дополнительных терапевтических воздействий, для достижения стойкого выздоровления по основному заболеванию.

Ψ

ЛИЧНОСТНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХОСПИСА

Абдуллаева М.М.
*Старший научный сотрудник факультета психологии
МГУ имени М.В. Ломоносова
Москва*

Актуальность изучения профессиональной деятельности медицинских работников хосписов заключается в необходимости разработки обоснованных программ психологической поддержки их труда и определения критериев оценки и отбора персонала в подобного рода учреждения (Гнездилов, 2004;

Хосписы, 2002). Конструктом, который, на наш взгляд, позволяет подойти к решению этих задач является «удовлетворенность трудом», формирующаяся в результате взаимодействия целого комплекса внешних (организационных, ситуативных) и «внутренних» субъективных факторов, оказывающих влияние на отношение персонала к своей деятельности в сложных и необычных условиях, позволяющая не только продолжать работу в хосписе, но и сохранять высокий уровень мотивации и эффективности деятельности.

Целью нашей работы стало изучение степени удовлетворенности своим трудом медицинского персонала хосписов и выявление факторов, влияющих на ее формирование. Осуществленный нами предварительный анализ деятельности медицинского персонала хосписа не позволяет связать их общую удовлетворенность трудом с традиционно выделяемыми факторами, такими, как социальный статус работы, результаты труда, комфортные условия работы и др. В связи с этим мы предположили, что:

1. Общая удовлетворенность трудом будет связана с особенностями организационной среды, выражающейся в специфических отношениях в коллективе, стиле руководства, особой ориентации на работу и перспективы профессионального роста и развития.

2. Работники хосписа как представители социономической профессии будут обладать специфическими особенностями, отражающимися в сочетании личностных характеристик и отдельных составляющих общей удовлетворенности трудом.

В исследовании приняло участие 23 работника одного хосписа с разным уровнем образования (от среднего специального до двух и более высших образований). Средний возраст выборки составил 33 года (от 20 до 60 лет). Средний стаж работы по выборке составил 12 лет, а средний стаж работы в хосписе - 6 лет. В выборку вошли представители двух подразделений - стационара (15 человек) и выездной службы (8 человек).

В соответствии с гипотезами нашего исследования каждому респонденту предлагалось заполнить комплект из 6 методик, направленных на диагностику интегральной и частной удовлетворенности, профессионального выгорания, личностных особенностей, мотивационной структуры личности и субъективно важных характеристик деятельности (Батаршев, 2005; Водопьянова и Старченкова, 2008; Практикум..., 2003). Обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного пакета программ SPSS for Windows, версия 13.0. в соответствии с целью и гипотезами исследования. Полученные нами результаты теоретического анализа литературных данных и проведенного эмпирического исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Измерение уровня удовлетворенности трудом показало, что сотрудники хосписа дают положительную оценку своей трудовой деятельности и в целом ею удовлетворены. Наибольшее влияние на интегральную удовлетворенность и отношение к отдельным аспектам работы сотрудников хосписа оказывают их индивидуальные характеристики (пол,

возраст, опыт работы), а не содержание профессиональной деятельности, условия и график работы, интенсивность труда. Корреляционный анализ полученных показателей показал, что степень удовлетворенности своей деятельностью обуславливается целым рядом организационных факторов, в частности, стилем руководства начальника и его компетентностью ($p \leq 0,01$), возможностью получать обратную связь о результатах своей деятельности (что очень важно именно для работников хосписа), взаимоотношениями внутри коллектива, перспективами карьерного роста и др.

2. В полученном портрете сотрудника хосписа можно выделить два блока типичных черт, характеризующих: а) активную деятельную направленность респондентов; б) просоциальную, экстравертированную позицию в межличностных отношениях. Подтверждение предположения о том, что удовлетворенность трудом формируется в результате взаимодействия личностных особенностей респондентов и организационной среды, позволило разделить по методу Quick Cluster Analysis всю выборку на две группы – «активных, деятельных» и «пассивных, исполнительных». Первые характеризуются ориентацией на профессиональную и должностную карьеру, обеспечение материального благополучия, самореализацию. Типичными чертами субъектов с подобной ориентацией в трудовой деятельности являются высокий уровень притязаний, решительность, уверенность в себе, энергичность, открытость, отзывчивость, общительность и отчасти негативное отношение к начальству, выражающееся в неудовлетворенности стилем руководства, компетентностью руководителя, взаимоотношениями с начальством. Второй «пассивной» группе свойственны инертность, зависимость, слабость, некоторая замкнутость и закрытость, а также меньший уровень притязаний в трудовой деятельности. Сотрудники, относящиеся к данной группе, в большей степени удовлетворены своим руководством и ориентированы на исполнительский труд, не склонны искать дополнительные возможности для реализации своих способностей.

Выявленные различия между двумя группами, связанные с ведущими типами мотивационной направленности, характерными для выборки в целом, – направленности на комфорт и творческую реализацию, и с их устойчивостью к возникновению профессионального выгорания, позволяют повысить психологическую компетентность руководителей хосписов, осуществлять поддержку его персонала с учетом специфических особенностей каждого работника.

Ψ

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ В СВЯЗИ С ЕЕ ДИСТРЕССОМ И РЕБЕНКА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Аралова М.П.

*Доцент факультета психологии
Южного Федерального Университета,*

Асланян К.С.

*Заведующий Детским онкогематологическим центром
ГУЗ «Областная Детская Больница» г. Ростова-на-Дону*

Коленова А.

*студентка 4 курса факультета психологии
Южного Федерального Университета
Ростов-на-Дону*

В ситуации жизнеугрожающего заболевания потребность ребёнка в стабильной эмоциональной связи с матерью повышается. При этом характеристики эмоционального взаимодействия матери с ребёнком претерпевают изменения под влиянием дистресса у матери.

Нашей целью было выявить особенности эмоционального взаимодействия матери и ребенка с онкопатологией в ситуации жизнеопасного заболевания ребёнка.

В основном исследовании приняли участие 32 женщины в возрасте от 28 до 37 лет. Основную группу составили 16 матерей детей с онкопатологией в возрасте от 7 до 11 лет, проходящих лечение в детском онкогематологическом центре ГУЗ «Областная Детская Больница» в г. Ростове-на-Дону, контрольную - 16 матерей здоровых детей в возрасте от 7 до 11 лет.

В выборку были отобраны матери с базовой способностью к эмпатии и с высоким уровнем значимости эмоционального взаимодействия в «представлении об идеальном родителе», что диагностировалось с помощью метода чернильных пятен Г. Роршаха на основе Интегративной системы Дж. Экснера и методики Р.Г. Овчаровой «представление об идеальном родителе».

Далее при помощи опросника ОДРЭВ (Е.И. Захарова) и методики «термометр Дистресса» (создана командой паллиативной помощи и онкологии при больнице Хиллингтон), выявлялись характеристики детско-родительского эмоционального взаимодействия и выраженность дистресса (тревоги, депрессии, злости и беспомощности) у матерей детей с онкопатологией, по сравнению с матерями здоровых детей.

Сравнительный анализ показателей общения в основной и контрольной группы свидетельствует, что матери больных детей не проявляют должного уровня эмоционального чувства, принятия и тепла (см. Рис.1). При этом, некоторые аспекты их взаимодействия находятся на дефицитном и близком к дефицитному уровнях. Оказалось, что выраженность одного

показателя – «стремление к телесному контакту» – практически у всех матерей онкобольных детей не только значительно выше, чем по всем остальным 10 способам проявления эмоционального взаимодействия, но и превышает значения нормы (ср. балл > 4,05).

При этом показатели по шкалам «способность воспринимать состояние», «понимание причин состояния», «умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка» очень близки к показателям критериальных значений, что говорит о приближении данных шкал к дефицитарному порогу (ср. баллы 3,68; 3,16; и 3,16 соответственно), а показатели по шкале «ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия» ниже критериальной нормы, что указывает на дефицит данного показателя у матерей онкобольных детей (ср. балл < 2,3). Итак, среднегрупповая тенденция в основной группе находится в основном на уровне ниже средних показателей нормы.

В тоже время в контрольной группе основное количество признаков находится на уровне средних значений или незначительно превышает средние значения (ср. балл > 3,85).

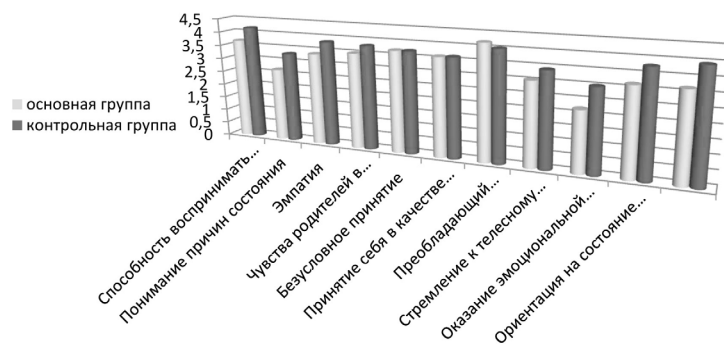


Рис.1 Выраженность особенностей детско-родительского эмоционального взаимодействия в исследуемых группах.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica 6.0. Статистический анализ показал, что полученные в ходе исследования данные имеют достоверные различия, что определялось с помощью t-критерия Стьюдента ($p < 0.05$).

В результате анализа полученных данных по уровню выраженности дистресса было выявлено, что у матерей онкобольных детей высокие баллы по шкалам: «тревога» (7,9), «злость» (7,3), «беспомощность» (6,3). В контрольной группе лишь шкала «злость» оказалась незначительно выше других (3,4 балла).

Результаты корреляционного анализа связей особенностей эмоционального взаимодействия матери и ребенка с онкопатологией с уровнем дистресса матери показали, что во всех исследуемых группах

существует положительная взаимосвязь между стремлением к телесному контакту и уровнем дистресса; отрицательная взаимосвязь между уровнем проявления эмпатии в общении и уровнем депрессии; отрицательная взаимосвязь между уровнем проявления эмпатии в общении и уровнем дистресса.

В результате данного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. в условиях болезни ребенка мать, имея базовую способность к эмпатии и имея достаточно высокий уровень значимости эмоционального компонента взаимодействия с ребенком в ее представлении об «идеальном родителе», может не проявлять должного уровня эмоционального вчувствования;
2. высокий уровень дистресса обуславливает эмоциональное отношение матери к онкобольному ребенку:
 - чем выше у матери уровень дистресса, тем ярче проявляется ее эмоциональное отношение в стремлении к телесному контакту во время взаимодействия со своим ребенком;
 - чем выше у матери уровень дистресса или депрессии, тем ниже ее проявления эмпатии по отношению к своему ребенку.

Полученные результаты позволят создать в дальнейшем сфокусированные психотерапевтические интервенции, направленные как на снижение дистресса матерей, так и на коррекцию их взаимоотношений с ребёнком.

Ψ

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВАНОВОГО ПОДХОДА В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ (РОНЦ ИМЕНИ Н.Н.БЛОХИНА)

Бяй Е.Г.

*Клинический психолог, сертифицированный онкопсихолог
ГБОУ Центр лечебной педагогики и дифференцированного
обучения «Возрождение»
Москва*

Общие сведения о Центре:

Государственное бюджетное образовательное учреждение г. Москвы Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения «Возрождение» создан на основании Постановления Правительства Москвы от «13» августа 2002 года №649-ПП, Приказа Московского

Комитета образования от «16» августа 2002 года №645 как образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Структура центра:

1. Коррекционное отделение

- предоставление бесплатных дополнительных образовательных,
- программы художественно-эстетической направленности,
- программы культурологической направленности (развивающий курс для дошкольников).
- коррекционно-развивающие занятия с учителем логопедом, педагогом-дефектологом, педагогом-психологом

2. Отделение надомного обучения (при Российском онкологическом центре им. Н.Н. Блохина)

Основные виды деятельности:

- начальное общее образование,
 - основное общее образование,
 - среднее (полное) общее образование,
- (учитывающее особенности психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников, лечения, социальную адаптацию и интеграцию в общество).

Психологическая служба нашего центра работает по трём возрастам:

- от 3 до 6 лет,
- от 6 до 12 лет,
- от 13 до 18 лет.

Для каждой возрастной группы разработана психолого-коррекционная программа.

Психологическое здоровье подростков, находящихся на лечении в онкологическом стационаре, является одной из приоритетных задач педагогов-психологов и педагогов ЦЛПДО «Возрождение».

Сам онкологический диагноз является мощнейшим стрессовым фактором. Этот стресс заключается в угрозе тяжелой операции, длительного тяжелого лечения, возможной потери важного органа, неопределенности прогноза. Онкологическое заболевание, в таких случаях нередко рассматривается больными не только как физическая патология, но и как эмоциональная катастрофа, нарушающая функционирование человека как личности. Не допустить эту катастрофу, больному может помочь психолог.

Основная проблематика, с которой приходится работать психологам нашего центра в ходе психолого-коррекционной и поддерживающей психотерапии, это изменение обстановки после установления диагноза, что приводит у большинства больных к изменению привычек, беспокойству, неуверенности, нарушению циклов сна и бодрствования, и как следствие – истощению нервной и иммунной системы, снижению адаптивных

возможностей. Большинство онкологических больных испытывают страхи, тревогу, стресс, во многих случаях депрессию и другие психологические проблемы.

У пациентов находящихся на длительном лечении в онкологическом стационаре, наблюдаются нарушения высших психических функций:

- Общее нарушение активности и внимания
- Снижение памяти
- Нарушения когнитивных (мыслительных, познавательных)

функций

- Нарушение двигательных функций
 - Эмоционально-личностные нарушения
- Психологической адаптации ребенка в социуме препятствуют:

- Неадекватное отношение ребенка к своей болезни
- Особенности поведения, которые не способствуют преодолению

болезни

- Полная физическая и психологическая зависимость тяжело болеющего ребенка от близких ему взрослых. Инфантильные формы поведения пациентов

- Тревога и страхи, в том числе страх угрозы рецидива
- Ограничение сферы общения и социальных контактов
- Изменение самооценки, ее занижение, неадекватность, неустойчивость. Недостаточное развитие самосознания, слабая структура представлений о себе.

- Нарушение способности к обучению, освоению новых знаний, умений, навыков

- Эмоциональные проблемы (агрессия, аутоагрессия и др.).

Отсутствие у многих из них выраженной учебной мотивации. Низкая учебная мотивация связана еще и с тем, что длительные периоды обострения заболеваний мешают систематической учебной деятельности.

Эмоциональные расстройства и нарушения поведения, обусловленные психотравмирующей ситуацией, госпитализацией и изменением психологического климата в семье и ближайшем окружении.

Эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что, в конечном итоге, может отразиться на качестве лечения. В связи с этим, главной целью которую ставят перед собой психологи нашего центра - помочь больному и его ближайшему окружению мобилизовать собственные дополнительные психические ресурсы на борьбу с болезнью, на увеличение эффективности проводимого лечения, полноценное общение, создание психологического и физического комфорта, и в целом – на улучшение качества жизни.

Основные цели психолого-коррекционной работы:

- обеспечение психологической помощи учащемуся, психологической поддержки ребенку в проблемных ситуациях;

- обеспечение личностно-ориентированного индивидуального подхода в образовательном процессе на основе психолого-педагогического изучения детей;

- оказание комплексной социально-психологической поддержки детям, педагогам, родителям

- профилактика и преодоление отклонений в интеллектуальном и личностном развитии ребенка

- развитие научного направления психологической службы.

Задачи Психологической службы:

- психологическая поддержка детей и родителей: усиление возможностей ребенка и его семьи в использовании собственных резервов в кризисной жизненной ситуации, помощь в усилении активности, воли и эмоциональных ресурсов для организации собственной жизни;

- психологическая коррекция эмоциональной сферы;

- оптимизация детско-родительских отношений;

- психологическая адаптация детей к лечению в условиях стационара;

- квалифицированная комплексная диагностика возможностей и способностей ребенка;

- психологическая помощь, направленная на преодоление трудностей в обучении, работа по формированию учебной мотивации с помощью специальной психокоррекционной работы;

- психологическая помощь родителям (консультации по вопросам психологической поддержки ребенка, налаживанию благоприятной атмосферы в семье, просветительская работа).

В своей психолого-коррекционной работе психологи нашего центра применяют интегративный подход, предлагающий электрический подход к лечению подростков находящихся на лечении в онкологическом стационаре – разные методы для разных людей. Некоторые пациенты с одним и тем же диагнозом имеют разные интересы, разные сильные и слабые стороны, и эти различия часто больше влияют на прогноз, чем сам диагноз. Одним пациентам-подросткам и их родителям может помочь телесно-ориентированная психотерапия. Другие пациенты получают больше от арт-терапии и использования метода визуализации, а кому-то подходит когнитивная психотерапия или системный семейный подход. Избирательное использование различных видов вмешательства в применении конкретной ситуации, интеграция чаще ассоциируется с синтезом единой теории на основе различных подходов.

Важно учитывать, что негативные психологические изменения у больного, вызываются не столько самой болезнью, сколько отношением к этой болезни самого человека. Изменение отношения к заболеванию – еще одна важная задача психолога.

В каждом случае лечение всегда индивидуально, не является исключением и психологическая помощь. Но основа выздоровления у всех одинаковая – это не пассивное ожидание излечения, а активная, совместно с врачами и психологами, борьба за свое здоровье.

Для осуществления поставленной задачи - помочь больному обрести необходимый для борьбы с болезнью психологический комфорт, были разработанные нашими психологами коррекционные программы, в которых применяется гармоничное сочетание методов и техник, успешно используемых в психотерапии для лечения и реабилитации онкологических больных.

Программы включают следующие методы:

- арт-терапевтические техники, которые используются как диагностический материал, как коррекционный и как терапевтический материал,
- применение когнитивного подхода: приём шкалирования, самонаблюдение, исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий, идентификация чувств,
- применение методов с использованием телесно-ориентированной психотерапии,
- терапия с использованием ресурсных техник (применение методов визуализации и нейролингвистического программирования) – данные высокоэффективные методики, используются для привлечения психологических резервов больного, и тем самым, улучшают его психосоматического и эмоционального состояния,
- системная семейная терапия, которая включает в себя анализ генограммы семьи больного, особенно эффективна в работе с пациентом и его родителями, близкими родственниками.

В работе с маленькими детьми на этапе оказания коррекционного воздействия, психологи используют такие современные и зарекомендовавшие себя методы, как: сказкотерапия; песочная терапия; игровая терапия.

Каждый этап психолого-коррекционной программы самостоятельный. Вне зависимости от того, на каком этапе была завершена работа, основные цели и задачи программы соблюдаются, т.е. помочь больным обрести необходимый для борьбы с болезнью психологический комфорт.

Особое внимание в работе с пациентами уделяется объяснению больным, проходящим противоопухолевое лечение положительных и необходимых для выздоровления механизмов воздействия химиотерапии или лучевой терапии, с последующим ориентированием пациентов на позитивное принятие указанного лечения.

Практика показывает связь между пониманием и мотивированностью больного к позитивному принятию противоопухолевого лечения, и эффективностью проведения этого лечения, а также с уменьшением во время него побочных негативных эффектов. Конечно, готовых и пригодных для всех рекомендаций по лечению не существует.

При построении системы психотерапии больных с онкологическим заболеванием должны учитываться особенности организации лечебного процесса в заведении, где предусматривается проведение курсовой психотерапии. Важно учитывать особенности основного заболевания, невротических расстройств и личностного реагирования на заболевание, отягощённость психоанамнеза и отношение больного человека к психотерапии.

В комплексе психотерапевтической коррекции используются методы, которые базируются как на внушении, так и переубеждении, растолковывании: когнитивный подход, арт-терапия, визуализация, самовнушение, методы психической саморегуляции и другие, в их различных модификациях, комбинациях и вариантах.

Одним из главных принципов психолого-коррекционной работы нашей службы является активное привлечение ближайшего социального окружения пациента находящегося на лечении в онкологическом стационаре. Принцип определяется той ролью, которую играет ближайший круг общения подростка. Необходимо учитывать, что больной не изолирован, а находится в целостной системе социальных отношений. Таким образом, психологу в своей работе с подростком нужно ориентироваться и на взаимодействие с родителями. Больной, его семья и психолог принадлежат друг к другу. Они заключают «трудовой союз», основой которого является треугольник больной – психолог – семья. Психологу важно учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. В контакте с семьёй онкологического больного подростка, прежде всего, следует обращать внимание на следующее:

- Избегание в смысле возникновения различных уровней информации в семье;
- Мобилизация резервов семейной группы;
- Содействие психической переработке скорби у больного и членов семьи.

Важным направлением нашей Психологической службы является обеспечение психологической поддержки учебного процесса педагогов для более эффективного взаимодействия с учениками находящимися на лечении в онкологическом стационаре. В связи с этим, в своей работе, мы преследуем следующие задачи:

1. Предоставление ознакомительного материал в области психологии личности ребёнка находящимся на лечении в онкологическом стационаре.
2. Способствовать приобретению педагогом навыка умения учитывать индивидуально-психологические особенности школьников в процессе учебно-познавательной деятельности.
3. Применение педагогами более эффективных приёмов, способов и форм психологического регулирования поведения ученика, его деятельности.
4. Приобретение навыков систем диагностики и коррекции психологических состояний.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Вагайцева М.В.

*ГКУЗ «Хоспис №1», АНО «ЦСПП «Второе дыхание»,
кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций
факультета психологии СПбГУ
Санкт-Петербург*

Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хосписная помощь, то есть помощь умирающему человеку. Первые хосписы появились в Европе в середине 1970-х годов. В настоящее время такие страны как Англия, Польша, Израиль имеют развитую систему хосписов. В США и на Тайване 90% хосписного ухода осуществляется на дому. В Японии многие общественные клиники также имеют выездную службу при паллиативных отделениях. В состав работников хосписа, кроме врачей и медсестер, включены психологи, социальные работники и духовные лица. Во всех странах в работе хосписа принимают участие волонтеры. В Тайване в команду хосписа включены также фармацевт и диетолог, в Японии - сиделки и физиотерапевт.

В России первый хоспис открылся в 1990 году в Санкт-Петербурге, благодаря усилиям врача-психотерапевта Гнездилова Андрея Владимировича, который стал родоначальником Российского хосписного движения. Огромную поддержку в этом ему оказал английский журналист Виктор Зорза. Сегодня в Петербурге существуют четыре выделенных хосписа, хосписные отделения при клиниках, а также первый и пока единственный в России детский хоспис.

В онкологических клиниках развитых стран большое значение придают обучению сотрудников, профилактике профессионального выгорания. Осуществляются психосоциальные программы поддержки персонала. По международным стандартам качества оказания медицинской помощи психоонкологические службы обязательно включены в структуру онкологической клиники, и одним из показателей хорошей организации клиники является специализированная психологическая подготовка сотрудников, в том числе младшего медицинского персонала.

С момента открытия в Санкт-Петербурге первого в стране хосписа доктор Гнездилов А.В. придавал особое значение работе младшего медицинского персонала и создал уникальную систему их психологической подготовки.

Несмотря на распространенность онкологических заболеваний среди населения, организация паллиативной помощи инкурабельным больным в нашей стране все еще находится в стадии становления. Только отдельные медицинские учебные учреждения имеют программы обучения по паллиативной медицине. Программы тематического усовершенствования и курсы последипломного повышения квалификации в области паллиативной

медицины для младших медицинских сестер отсутствуют. Поскольку реакция горя, характерная для переживания заболевания раком, приносит изменения в межличностное общение, то дистрессу подвергается и персонал онкологических учреждений. Кроме того, проводимые еще в 90-е годы в США исследования взаимоотношений персонала и пациентов, показали, что психологическая грамотность оказывает значительное влияние на профилактику вторичной травматизации сотрудников. В связи с этим, одним из направлений работы психолога Хосписа №1 Санкт-Петербурга становится обучение и сопровождение медицинского персонала хосписа. Целью работы клинического психолога в этом направлении становится профилактика эмоционального истощения, связанного с профессией, выражающегося в явлениях деперсонализации либо проявлениях цинизма по отношению к пациентам.

В докладе будет представлен опыт работы клинических психологов под руководством Гнездилова А.В. в направлении повышения психологической грамотности младшего медицинского персонала Хосписа №1 Санкт-Петербурга.

ψ

МУЗЫКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Демиденко С.А.

Медицинский психолог

БУ «Нижевартовский онкологический диспансер»

Нижевартовск

Музыкальная терапия - это научный, психотерапевтический метод эффективного лечения с помощью целительной силы музыки. Музыка восстанавливает, поддерживает и улучшает эмоциональное, психологическое и физиологическое состояние человека, облегчает и излечивает различные болезни. Музыка может поднять настроение, вдохновить, взбодрить или успокоить, способствует процессу саморегуляции, восстановления организма его внутренних резервов. На сегодняшний день научно доказано и подтверждено, что определённые мелодии способны формировать у слушателя совершенно конкретные эмоциональные состояния, ощущения и образы. Целью и направленностью музыкальной терапии, как правило, и является создание соответствующих приятных эмоций. Данные эмоции, возникающие во время прослушивания отдельных лечебных музыкальных произведений, способны благотворно воздействовать на многие системы организма человека, при этом практически всегда имеет место общий гармонизирующий эффект.

Можно выделить две основные формы музыкальной терапии: активную и рецептивную.

Активная музыкальная терапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов.

Рецептивная музыкальная терапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. Рецепттивная терапия существует в трех формах:

- Коммуникативной (совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов взаимопонимания и доверия)
- Реактивной (направленной на достижение катарсиса)
- Регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

В рамках антистрессовых программ можно с успехом применять обе формы.

Чаще используется рецепттивная музыкотерапия. Участники группы прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии, возникающие у них в ходе прослушивания.

В музыкотерапии классифицируют музыку по решению тех задач, которые ставит перед пациентом психолог.

Ресурсная музыка, цель которой нахождение определенного психологического ресурса. Направлена на улучшение самочувствия, увеличение ощущения личной силы, поддержки в тяжелые периоды, для решения внутренних конфликтов пациента.

Катарсисная музыка. Она направлена на отреагирование, выход накопившихся эмоций, чувств, мыслей. Для этого подбирается музыка для эмоциональной разрядки, очищения от негативных воспоминаний, уменьшения аффективного напряжения. Во время процедуры могут быть всплески эмоциональных переживаний и их выражение.

Экзистенциальная музыка. В задачу этой музыки входит создать условия для глубокой рефлексии, для размышления о проблемах ценностно-смысловой сферы человека. Музыка помогает, как бы выйти из круга повседневной суеты, подняться над повседневной жизнью, найти ответы на вершинные проблемы человеческой жизни.

В качестве механизмов лечебного действия музыкальной терапии отмечают следующие уровни воздействия на человека.

Уровни воздействия музыки на человека

Биологический: смягчение физического дискомфорта, уменьшение болевых ощущений; влияние на различные физиологические процессы (кровообращение, дыхание, иммунитет и др.); терапия болезней, повышение эффективности различных методов лечения при комплексном их применении.

Психо -физиологический : преодоление однообразия стимуляции органов чувств, повышение физической работоспособности, улучшение функций восприятия, внимания, памяти, сенсомоторных реакций; повышение уровня бодрствования, преодоление сонливости, релаксация, ускорение засыпания изменение состояния сознания, создание ощущений погружения в “другую реальность”.

Психологический: регулирование эмоционального состояния; эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии, улучшение настроения, создание положительных эмоций; снижение тревожности, отвлечение от неприятных мыслей; избавление от скуки или пресыщения какой-либо деятельностью эмоциональную разрядку, выявление и облегчение осознания собственных переживаний, отреагирование - внешнее выражение накопившихся переживаний (функция катарсиса); повышение уровня эстетических потребностей

Ценностно-смысловой: воодушевление на выполнение какого-либо дела, способность вызывать энтузиазм и т.п.; формирование мировоззрения, системы ценностей, направленности личности, развитие нравственных качеств.

Социально-психологический: развитие коммуникативных навыков, повышение контактности, преодоление явлений аутизма; сплочение, объединение коллектива людей, улучшение их взаимоотношений; повышение социальной активности.

Направления использования музыкальной терапии в онкопсихологии

- направление смягчения уровня стресса (до и после сообщения диагноза, операций, соответствующих процедур и т.д.),
- направление онкопсихотерапевтической помощи (в периоды депрессий, психологических направление работы можно практиковать в учреждениях онкологического профиля, оснащённого соответствующим кабинетом психологической разгрузки,
 - направление фоновой музыки, релаксации и медитации,
 - экспериментальное направление использования музыкальной терапии (в рамках специальных психосоматических тренингов для активизации внутренних резервов и возможностей организма, включая фактор намерения и силы воли),
 - направление уменьшения интенсивности болевого синдрома и улучшение сна у пациентов (в паллиативной медицине).

Как показала наука музыка способна лечить и душу и тело. Каждой болезни - своя скрипка . Скрипка – лечит душу, успокаивает нервы и психику, помогает выйти на путь самопознания, возбуждает в душе сострадание. Онкологическим пациентам и сотрудникам нашего диспансера посчастливилось услышать необычайно красивое звучание скрипки. “Музыкотерапия - скрипка” была организована на 8 марта, на день здоровья, день музыки. Благодаря нашей пациентке и ее родственнице,

которая великодушно согласилась на благотворительные концерты в нашем диспансере, за что мы ей очень благодарны. Пациенты и сотрудники получили огромное удовольствие, заряд позитива, было столько восторга и навсегда остались приятные воспоминания, ощущения счастья и радости жизни.

Лечебный эффект музыкальной терапии зависит от музыкального инструмента, с помощью которого она исполняется. Звучание каждого инструмента индивидуально. Звуки гитары лечат сердце. Нашим пациентам тоже посчастливилось услышать звуки гитары в онкологическом диспансере. Был организован день добра и музыкотерапия “Твори добро - под гитарную струну”. В нем принимали участие наши талантливые пациенты, которые делали доброе дело, исполняли свои любимые произведения, пели песни, читали стихи, доставляя необыкновенное удовольствие всем присутствующим пациентам и сотрудникам. Вот так мы встретили день добра, вот так наши пациенты не унывают и радуются жизни.

Отдельного внимания заслуживает направление психологической разгрузки и профилактики синдрома эмоционального выгорания у самих сотрудников онкологических учреждений.

В нашем онкологическом диспансере была проведена ко дню медицинской сестры “музыкотерапия - релаксация”. Прозвучала необычной красоты музыка скрипки, пациенты прочитали стихотворения, посвященные медицинским сестрам, и сами медицинские сестры спели песни и получили поздравления. Также была проведена презентация с элементами тренинга о профилактике и коррекции профессионального выгорания.

Данное направление помощи - музыкотерапию необходимо практиковать и развивать каждому онкопсихологу. Мы планируем проводить музыкотерапию, у нас в планах флейта, баян, пианино. В рамках соответствующих психологических служб должна быть фонотека с набором специальных музыкальных программ для различных ситуаций и направлений работы с пациентами. Музыка - это жизнь. Не все люди становятся онкологическими пациентами, но все онкологические пациенты люди. Врачи выявляют болезни, а мы онкопсихологи выявляем ресурсы, таланты вдохновляем пациента, тем самым способствуем саморегуляции восстановления организма его внутренних резервов. Наш опыт работы, в применении музыкотерапии, организаций праздничных психотерапевтических концертов, убедительно доказал эффективность музыкальной терапии и для наших пациентов. Римский врач Гален утверждал, что оптимистичные и жизнерадостные люди реже болеют и дольше живут. Слушайте музыку, пойте и будьте здоровы и счастливы на долгие, долгие годы.

Ψ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И ПРАВОСЛАВНОГО СВЯЩЕННИКА, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ДУХОВНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Демиденко С.А.

Медицинский психолог

БУ «Нижневартровский онкологический диспансер»

Нижневартовск

Вера в бога, вера в себя, вера в лечение и выздоровление. Что в этом общего и кто в этом поможет? И что общего между работой медицинского психолога и православного священника. А общее в этом вера. Цель психолога и священника вдохновить, направить, показать путь, помочь поверить, что выход есть, и пройти этот тяжелый путь. Как говорят в онкологии, что лучшие врачи для онкологических пациентов это вера, надежда и любовь, которые необходимы для эффективного лечения.

Медицинские психологи и православные священники в онкологических диспансерах пока еще редкость. Также было и в нашем диспансере. Сначала там появился медицинский психолог, который там жизненно необходим. Как говорят наши пациенты, если в онкологическом диспансере нет психолога это преступление. Очень важно онкологическим пациентам психологическая помощь, она нужна на любом этапе заболевания, начиная как только поставили диагноз и не заканчивается даже когда прошло все длительное лечение и выписали домой. Также нужна психологическая помощь и родственникам.

Но также важна и необходима помощь священника, в которой очень нуждаются наши пациенты. Работая психологом, я увидела потребность пациентов в вере, в молитве, исповеди и в беседе со священником, который может дать им ответы на их возникшие вопросы. Наши пациенты мечтали и молили бога, чтобы в нашем диспансере появился священник. Мы обращались с просьбой и просили, чтобы в наш онкологический диспансер приходил священник. И вот бог услышал наши пожелания, и к нам пришел священник. Руководители диспансера сначала отнеслись к этому не однозначно.

Подумав и сделав мудрое решение все таки официально было разрешено приходить священнику и проводить в актовом зале беседы, исповедь и причастие. Я, медицинский психолог, являюсь посредником, связующим звеном между пациентами и врачами, пациентами и священником. Я довожу до сведения пациентов, что в какое время и когда придет батюшка, даю православную литературу, которую великодушно дали и создали библиотеку для наших пациентов служители православной церкви. Совместно со священником мы проводим лекции - беседы на интересующие

темы для пациентов, организуем показ видео фильмов, планируем организовать, по многочисленным просьбам, молебен для онкологических пациентов.

Очень важно, когда психолог и священник находят общий язык и сотрудничают, даже дополняют друг друга. Православный священник проводит исповедь и причастие, а медицинский психолог дополняет его или наоборот. Не секрет, что после исповеди человеку нужна еще и помощь психолога. Ведь на исповеди люди часто просят прощения или кого прощают, а на самом деле выходят от туда и обида остается и на себя и на людей и на бога. Что же с этим делать, как жить дальше. Это же не сильная ноша нести бремя тяжелой болезни и не прощенные обиды. Как же простить иногда самому не получается и здесь на помощь и приходит профессиональный психолог, онкопсихолог, который поможет отпустить обиды и простить себя людей и бога, поможет научиться любить себя, людей и любить жизнь.

Обида - это психологическая причина онкологических заболеваний. Поэтому один из шагов в успешном лечении и выздоровлении это простить и отпустить обиду. У каждого психолога существует свои техники и методики. Для наших пациентов конечно индивидуальный подход к решению этой задачи также мы проводим групповые занятия, на которых мы учимся прощать себя людей. Обида - это мина замедленного действия, сорняк, который нужно убирать, чтобы освободить место для любви и счастья. И здесь опять взаимосвязь православных заповедей и психологии. Возлюби ближнего своего как самого себя, это значит простить, понять и полюбить его. И все божественные заповеди сводятся к прощению и принятию человека таким каким его создал бог. И как бы вы хотели, чтобы относились к вам, так и вы относитесь к другим, гласит библейская мудрость.

Вот мы и пришли к выводу, что же общего между верой в бога, верой в себя, верой в лечение и выздоровление. Без этого выздоровление онкологических пациентов практически невозможно. Во первых, вера во врача, вера в лечение, вера в себя обязательна нужна, но а веру в то, что данное заболевание неизлечимо нужно отбросить. Человек должен взять на себя ответственность, поверить в себя и в лечение, и тогда успех лечения будет зависеть не только от врача, бога, но и от самого пациента. Вера в бога, вера в себя очень вдохновляет и дает надежду в выздоровлении. Молитва - это обращение к богу, просьба благодарности богу, в психологии медитация - это обращение внутрь себя, а в нас самих есть сила-это наш потенциал. Обратиться внутрь себя - это и значит обратиться к богу, ведь бог в душе каждого. Эти два метода опять таки дополняют друг друга и дают более хороший результат и в комплексе дополняют лечение пациента. А медицинские психологи, онкопсихологи и православные священники помогут пробудить в вас спящий потенциал ваши ресурсы, как искра разжигает костер. Но пациент должен знать, что от того насколько позитивно он сам настроиться будет зависеть успех лечения. Александр Суворов считал: "Если лень меня победит то меня будут побеждать все. А если я ее буду побеждать, то мне уже никто

страшен не будет”. Мало все знать, что нужно для выздоровления, нужно взять на себя ответственность за свое здоровье и свою жизнь, и идти к своему выздоровлению.

Мы надеемся, что наша психологическая и духовная помощь направит наших пациентов на активную борьбу с недугом, а если нужно – даст поддержку и понимание в трудную минуту. И в этом им помогут врачи, медицинские психологи, онкопсихологи, родственники, священники у нас у всех одна общая цель - сделать процесс лечения более эффективным, улучшить качество жизни онкопациентов, чтобы как можно больше людей, столкнувшись с таким тяжелым заболеванием, стали здоровыми и вернулись в общество, ощущая себя счастливыми и жили долго и счастливо.

Ψ

СУЩЕСТВОВАНИЕ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОТЛОЖЕНО: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ В ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Дерябо Л.Ю.

Психолог-консультант,

Лицов Д.В.

Психолог, экзистенциальный психотерапевт

Руководители психологического центра VITALITY

Рига

Участники группы: 21 человек с различными онкологическими диагнозами (молочной железы, рак яичников, рак почки, меланома..)

Продолжительность работы групп: 3 группы (с февраля 2010г по 2013 г). 3-я группа продолжает свою работу.

Периодичность встреч: 1 раз в неделю на протяжении года.
Длительность одной встречи 3 часа

Вид группы: открытая (новые участники могут присоединяться к группе в течение года, «ветераны» по желанию могут оставаться к новой группе).

Темы работы: Неструктурированы заранее. Каждая новая тема вытекает из актуального запроса участников по принципу «Здесь-и-теперь».

Способ работы: основная парадигма: экзистенциально - гуманистическая. При необходимости применяются подходы когнитивно - поведенческой терапии, арт-терапии и психотерапевтических школ.

Диагноз «рак», невзирая на достижения современной медицины, чаще всего вызывает ужас у болеющего человека. Страх перед будущим, чувство беспомощности, бессилия, отчаяния, крушение жизненной перспективы – это далеко неполный перечень чувств, испытываемых болеющим человеком. Болезнь врывается в жизнь, разрушает планы, показывает, что время

человека ограничено. Как жить дальше? Чем жить? Зачем жить? Где найти силы? Эти и другие мучительные вопросы существуют постоянным фоном в жизни болеющего, с которыми, как правило, он остается один на один.

Зачастую болезнь лишает человека значимых для него социальных ролей или качеств, с которыми до этого он себя отождествлял (профессия, карьера, внешняя привлекательность, физическая активность и энергичность, сила, здоровье, свобода передвижения и т.д.) и ставит человека перед вопросом «Кто я теперь?»

Все эти переживания, в совокупности с физической болью и физическим дискомфортом на фоне травматического лечения (операция, химиотерапия, облучение) лишают болеющего человека опоры. Появляется чувство потерянности и дезориентации в себе и окружающем мире («это приговор», «этого не может быть, ведь я хорошо себя чувствую», «я была в панике. Не знала куда бежать», «Это как дар по голове», «это так страшно, что невозможно описать словами»).

Ситуация усугубляется растерянностью родственников и друзей, которые зачастую просто не знают, как именно вести себя с болеющим человеком: что говорить, как спрашивать, как поддержать. Нередко именно в силу растерянности и собственных страхов общение близких с болеющим человеком становится поверхностным, неискренним, ложно-оптимистично-подбадривающим, т.е. формальным, отстраненным, лишенным настоящего глубинного контакта. Болеющий человек вынужден скрывать свои истинные чувства и страхи от близких людей, пытаясь соблюдать привычный для них «образ себя» и «образ жизни», успокоить («Я не хочу обременять своих близких», «Я вынужден сам их подбадривать», «Меня жалеют, но не понимают», «Со мной никто не говорит о том, чего я боюсь», «Обо мне заботятся, но если я плачу, они расстраиваются, и я не могу говорить открыто», «Я боюсь сделать им больно и поэтому делаю вид, что все ОК»). И хотя практически все болеющие отмечали внимание и заботу со стороны семьи, тем не менее, все они указывали на то, что чувствуют себя изолированными, отдаленными и покинутыми. Многие болеющие отмечали, что страх их родных за них беспокоит их намного сильнее, чем собственный страх, и они вынуждены тратить свои силы на то, чтобы их успокоить.

На этом фоне у некоторых болеющих происходит сужение «картины мира» до «картины болезни», по сути отождествление себя с болезнью, развивается тревожная настороженность, повышенная фиксация внимания на сигналах тела и интерпретация этих сигналов как опасных для жизни.

Постоянное ожидание угрозы и связанное с этим чувство растерянности и беспомощности, страх перед плохим исходом болезни, неопределенность и скудость информации в медицинских учреждениях («Со мной никто не говорит», «Мне ничего не объясняют», «Я не знаю, как это будет происходить») - как правило, именно в таком душевном состоянии люди обращаются в группу поддержки. Большинство участников группы

поддержки (12 чел. из 21ого) обратились за помощью непосредственно после операции перед началом химиотерапии, 6 человек после обнаружения рецидива, 3 человека, болеющих более 3х лет.

«Хочу найти единомышленников», «Хочу делиться опытом и слушать других», «Хочу обрести силу», «Хочу победить болезнь», «Хочу знать, как другие справляются с этим», «Хочу говорить открыто о том, что меня тревожит». За всем этим потребность в искреннем и откровенном общении, в контакте, в диалоге и доверительных отношениях. И как результат – преодоление, если и не самой болезни (часто это невозможно и сам болеющий это знает), то, по крайней мере, собственной беспомощности и дезориентированности.

Болезнь ставит человека в ситуацию конфронтации с собственной смертью: «Физическая смерть разрушает человека, но идея смерти может спасти его» (И. Ялом). Конфронтация с собственной смертью – это уникальная пограничная ситуация, способная вызвать значительное, скачкообразное изменение способа жизни человека в мире. Острое и внезапное осознание реальности собственной смерти может буквально «выбросить» человека из поглощенности тривиальным и обыденным в совершенно иное жизненное измерение.

«Существование не может быть отложено» (И. Ялом). В той или иной форме и с разной степенью глубины к такому выводу приходят практически все участники психотерапевтической группы поддержки. Все они говорят о том, что их теперешняя жизнь, невзирая на ограничения, более наполненная, осмысленная и «настоящая»: «Я больше не откладываю дел на будущее», «Я стала говорить о своих чувствах к тем, кого я люблю», «Я стал чувствовать вкус и запах», «Я радуюсь каждому вздоху, который я могу сделать», «Я больше не делаю того, что мне не хочется», «Мне вдруг стало неважно, что обо мне подумают другие люди».

Вывод: Участие в психотерапевтической группе поддержки позволяет болеющему человеку пережить, отгоревать и принять свои ограничения без ощущения собственной ничтожности и ненужности. Приобрести новые опоры и смыслы. Все это дает осознание ответственности за свою жизнь и ощущение способности распоряжаться своей жизнью в обстоятельствах, которые поначалу казались безнадежными.

ψ

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Довбыш Д.В.

Ассистент кафедры

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,

*Факультет высшего сестринского образования и
психолого-социальной работы ФВСО и ПСР*

Москва

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – комплекс ощущений, переживаний и представлений человека, связанных с его заболеванием, формирующийся у заболевшего человека образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания (или приспособление к нему). (Р. А. Лурия)

Процесс становления ВКБ – процесс познания себя индивидом как больного человека, обусловленный необходимостью адаптации к ситуации, связанной с болезнью.

Особенности ВКБ у маленьких детей: Ребенок в возрасте до 10 лет еще не может осознать тяжести своего заболевания, а так же его последствий. Однако это не влияет на то, что, оказавшись в новой для себя ситуации, ребенок вырабатывает свое собственное к ней отношение. По данным исследования проведенном на детях в возрасте от 5 до 10 лет, можно выделить три стадии в развитии объяснений причины болезни: 1-описательная – объяснение причины через описания событий, параллельных началу; 2 – исследовательская стадия – называется реальная вредность, приводящая к заболеванию, но без объяснения ее действия; 3 – способность более или менее правильно объяснить механизм возникновения заболевания.

До 10 лет: Так, Вика (4 года) говорит, что болезнь это «когда тромбоциты упали и, поэтому, гулять нельзя». Лера (7 лет): «болезнь – это когда у меня рак и к аппарату подключают, чтобы плохие клетки убить». Часто дети определяют болезнь через перечисление ограничений, который действуют для больного человека, в отличие от здорового (например, ребенок рисует болезнь в виде дорожного знака, запрещающего). Также характерно создание особых «мифов» о болезни и выздоровлении. Очень часто можно услышать, как они «договариваются» с болезнью или с самим собой: «Вот буду слушаться маму – поднимутся эритроциты» и т.п.

Ведущей деятельностью дошкольников, несмотря на госпитализацию, остается ролевая игра, которая, однако, претерпевает определенные изменения: Главное отличие от игры здоровых детей – нежелание принять в игру другого ребенка, согласовать свои роли. Но при этом дети легко принимают в игру волонтеров и врачей.

Характерной особенностью маленьких детей является то, что у них нет развернутого жизненного плана и четких представлений о будущем: главным временным измерением для них является настоящее, отношение ребенка к себе наполнено непосредственно-чувственным содержанием. Для него угроза жизни существует в другой форме, чем у взрослых. Угроза – в ограничениях (А.С.Султанова). Также у детей весьма специфичен выбор профессии – из 10 человек 8 говорят о том, что хотят стать врачами, педиатрами, и только 2 говорят, что хотят «быть как мама». Это можно объяснить тем, что дети находятся в ограниченной ситуации развития, они хотят быть представителями тех профессий, о работе которых они знают, а в силу того, что госпитализация произошла достаточно рано, хорошо знакома им только профессия врача и, возможно, мамы или папы. Этим же можно объяснить и особенности ролевой игры у детей – они играют либо «в больницу», либо «в семью» - на первый взгляд такой узкий выбор игр может показаться странным, но достаточно вспомнить то, что дети воспроизводят в играх только те отношения, которые им наиболее понятны и наглядны. А наглядно видят они только деятельность докторов и родителей, только на их примере они могут увидеть, какие отношения строятся между людьми в разных ситуациях, и затем воспроизвести их. Таким образом, можно сделать вывод, что онкологическое заболевание сильно меняет всю социальную ситуацию развития.

Особенности ВКБ у подростков: Так же как и у младших детей, у подростков еще практически нет социально-эталонного понятия болезни. Однако, в сравнении с младшими детьми, у них в значительно меньшей степени осознание болезни связано с внешними атрибутами больничной жизни (Н.А.Коваленко). Для подростков характерно осознание своей непрерывности, преемственности во времени, время переживается как связанное с конкретными событиями и побуждениями. Главным временным измерением становится будущее. Вследствие этого, наиболее травмирующим в ситуации смертельно опасной болезни для подростка является отрыв от привычной жизни, от прошлого и будущего.

Для подростка основным ориентиром объективации ситуации угрозы является собственное ухудшающееся самочувствие. К этому возрасту формируется уже достаточно развитое телесное самосознание, тело обретает свой «язык». Именно поэтому подростки так болезненно реагируют на изменения в собственно внешности в результате болезни, хирургической операции, терапевтических процедур. Они спонтанно выбирают те виды деятельности, в которых их физический недостаток будет не так заметен.

В рисунках детей часто проявляется чувство одиночества. Еще одна наиболее значимая особенность переживания болезни в подростковом возрасте связана с особой психологической значимостью ситуации фрустрации общения со сверстниками. Дети чувствуют себя отвергнутыми, в больнице не стремятся к общению друг с другом, считают свои прошлые дружеские связи потерянными. Даже девочки примерно одного возраста, лежащие в одной палате, практически ничего не знают друг о друге, не

разговаривают между собой. Но, когда ребенок уходит из стационара и начинает жить на съемной квартире, где кроме него живут еще несколько детей, дружеские связи устанавливаются в гораздо большем количестве. Вообще в больнице дети стараются общаться либо с теми, кто гораздо младше них, либо, наоборот, с более старшими – родителями, волонтерами. Основным условием счастья подростки называют красоту – они часто отказываются общаться со сверстниками из-за физических увечий. Особенно сильная эта проблема оказывается для девочек – они практически никогда не выходят из палаты без платочков, часто пытаются украсить себя с помощью косметики или украшений.

Ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕОРИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА НА ЛИНИИ ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ

Ежова К.А.

*Психолог-волонтер горячей линии
психологической помощи онкологическим больным
АНО «Проект СО-действие»
Москва*

Работа психолога на горячей линии помощи онкопациентам, их близким и родственникам строится в соответствии с мировыми стандартами организации телефонов доверия: с использованием базовых принципов гуманистического роджерсианского подхода. Конгруэнтность и эмпатия консультанта являются условиями и средой для самораскрытия абонента и предоставляют все необходимое пространство для того, чтобы чувства могли полностью проявиться. Безоценочная позиция и принятие консультанта, в свою очередь, позволяют наиболее полно включить все то, что выходит на свет в процессе беседы, в контекст бытия (зачастую нарушенного болезнью).

Тем не менее, в практике телефонного консультирования мы часто сталкиваемся со случаями, когда абоненту (будь то сам пациент или его друг, родственник) трудно принять факт онкологического заболевания как такового, или же сопутствующие ему обстоятельства: необходимость взаимодействовать со врачами, особый формат этого взаимодействия, окруженную «мифами» о неизлечимости реальность онкологического заболевания в социальной среде, неизбежные изменения в отношениях с окружающими. В таких случаях (а они представляют собой наибольший процент телефонных обращений с явным или скрытым запросом на психологическую работу, – по общим данным статистики АНО «Проект СО-действие» это свыше 80%) абонент, как правило, находится на одной из начальных стадий принятия по Э. Кюблер-Росс.

В подобных ситуациях целесообразно дополнять работу в русле гуманистического подхода психологическим информированием. Например, допускаются рекомендации в отношении того, как вести себя с родственником, которому поставили онкологический диагноз, и чье поведение после этого резко изменилось (обнаружились проявления агрессии, отчуждения, отказ от общения). В данном случае психолог на телефоне доверия транслирует некое экспертное видение ситуации, полученное на основании длительной практики предшествующих научных исследований психологического профиля онкологических больных.

С нашей точки зрения, психологическое информирование с использованием экзистенциально-аналитического подхода Альфрида Лэнгле в сочетании с традиционным для телефонного консультирования гуманистическим подходом дает наилучший с точки зрения эффективности результат. Заметим, что целью психологического консультирования на телефоне доверия для онкологических пациентов не является глубокая психотерапевтическая работа. Также мы и не ставим своей задачей внушить пациенту, что произойдет чудо, что он обязательно вылечится. Мы не снимаем с абонента ответственности за его собственную жизнь и обхождение с фактом того, что болезнь уже случилось. Целью психолога на телефоне доверия является именно переориентирование, - насколько это возможно, - пациентов с тяжелого, нагружающего переживания своего диагноза на качество жизни «здесь и сейчас»: ценить каждый новый день, каждую проживаемую минуту, наслаждаться тем, что может приносить радость, даже находясь на лечении. Такое состояние соединенности со своими ценностями дает абоненту необходимый ресурс для того, чтобы противостоять болезни.

Объяснения психологического состояния с позиций экзистенциального анализа Альфрида Лэнгле хорошо воспринимаются абонентами на линии – в данной теории даются определения таких базовых понятий, как «отношения», «ценности», «границы собственного» (что и насколько допустимо, ощущается правильным, согласованно с ситуацией), «ответственность», «принятие», «существование», «смысл».

«Жить осмысленно означает выполнять стоящую перед тобой задачу. Иногда эта задача состоит в том, чтобы в данный момент просто отдохнуть – ничего не делая, или слушая музыку, или наслаждаясь вкусной едой. В другой раз задача может заключаться в выполнении определенной работы или оказании помощи человеку, который в ней нуждается. Осмысленно жить означает находить в ситуации все самое ценное и стараться это ценное реализовать» (А. Лэнгле).

Феноменологическое чувство того, что стоит за всеми этими словами интуитивно близко любому человеку: и это позволяет преодолеть барьер отчуждения, который возникает между онкологическим больным и всем остальным миром, другими людьми. Давая понять абоненту, что жизнь может быть хорошей и приносить радость, иметь смысл даже в состоянии болезни, мы таким образом «возвращаем» его в эту жизнь, открываем ему новый путь – путь навстречу его собственной жизни. При этом становится

возможным принятием ответственности за вклад человека в свою жизнь, – в том числе, и за борьбу с болезнью. Когда же человек принимает за что-то ответственность – это означает, что теперь он может что-то с этим сделать, как-то обойтись с представленной ему фактичностью.

«Степень, в которой я беру на себя ответственность (затраченное мной время и усилия), показывает, насколько ценен для меня предмет моей ответственности. Быть ответственным означает посвятить себя чему-либо.» (А. Лэнгле).

Так, человек, переживающий онкологическое заболевание может «посвящать себя» выздоровлению, борьбе за собственную жизнь. Понимание того, что смысл может быть найден в любой ситуации, мотивирует к тому, чтобы снова и снова прилагать усилия.

Таким образом, результатом работы психолога на телефоне доверия для онкологических пациентов становится еще одна спасенная жизнь: спасенная в том аспекте, что теперь, вне зависимости от того, выздоровеет ли пациент или нет, качество его жизни может стать лучше. Смерть рано или поздно приходит к каждому, это закономерное завершение любого человеческого существования: в этом онкологические пациенты едины со всеми остальными людьми. Но осознание того, что в этой ограниченной во времени человеческой жизни, всегда может быть найдено что-то, ради чего стоит проживать каждый ее день и все, что случается в ней, – это осознание приносит настоящую Свободу.

Ψ

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АСТРАХАНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Золотовская Л.М., к.пс.н.

Медицинский психолог

ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер»

Астрахань

На данном современном этапе развития медицинской науки реабилитация онкологических больных является важной проблемой, актуальность которой заключается в своевременной восстановительной работе и улучшении качества жизни пациентов. В Астраханском областном онкологическом диспансере отделение реабилитации функционирует с января 2013 года. Главной целью врачей, онкопсихолога, больных и их родственников – сделать процесс восстановления более эффективным, чтобы как можно больше людей, столкнувшихся с раком, восстановили здоровье, вернулись в общество, ощущали себя счастливыми, полноценными людьми.

Реабилитационные мероприятия носят комплексный характер, включая использования различных методов лечения и влияния. И, в основном, начинаются на диагностическом этапе, продолжаются в условиях стационара и по выписке из него. Большая роль в общей реабилитации онкобольных отводится психологической реабилитации. Реабилитация психологическая – восстановление психических функций человека, психических состояний, свойств. Восстановление любых функций организма с помощью психологических методов. За первые девять месяцев работы отделения психологическую реабилитацию прошли около двести человек. На начальном этапе психологической реабилитации пациентов проводится в основном индивидуальная работа.

Правильный подбор психологических методик и тестов осуществляется, как правило, на основании клинического интервью, анализа личностной истории, сбора семейного и медицинского анамнеза пациента, клинических задач и заключений врачей других специальностей. В психокоррекционной работе применяются следующие виды: коррекция симптомов, поведенческих аспектов, аффективно-волевой сферы, межличностных отношений и личности в целом. Нами используются следующие направления психокоррекции: рациональная психотерапия, психоанализ, арт-терапия, позитивная психотерапия, трансовая терапия, нейро-лингвистическое программирование, работа с психологическими ассоциативными картами.

Психотерапевтические техники позволяют более адекватно оценить значение предшествующих и актуальных психотравмирующих событий, их роль в возникновении заболевания, помогают преодолевать боль, негативные переживания, связанные с болезнью. Одним из общих свойств любой формы психотерапии является выделение ступеней, или шагов. Поэтому мы построили процесс психологической реабилитации онкобольных в следующем алгоритме:

1. Совсемипациентамипроводитсяпсихологическоеконсультирование и психологическая диагностика, направленная на выявление особенностей личности; специфики переживания травматического события (операции), уровня депрессии и тревоги.

2. После психологического консультирования проводится первый интенсивный этап психологической реабилитации в течение двух недель. В течение этого периода пациенты каждый день индивидуально работают с психологом, а затем самостоятельно занимаются дома. Причем, связь с психологом поддерживается и по телефону (телефонное консультирование) для того, что бы направлять и регулировать самостоятельную реабилитационную работу наших пациентов.

3. Следующий этап - повторная психодиагностика с целью отслеживания динамики эмоционального состояния, после чего пациенты посещают психологическую группу поддержки, тренинги, которые ведет

психолог. Это групповые занятия, на которых пациент вырабатывает стратегии позитивного мышления и эффективного поведения, помогающее ему справляться с различными трудностями в период выздоровления.

Во время тренинга социальных умений, личностного роста больные обучаются конструктивному поведению, приобретают позитивный опыт отношения к себе через самораскрытие, самоосознание и принятие личной ответственности за свою жизнь. На занятиях происходит обучение психологическим методам саморегуляции, самоподдержки, развития стратегий оптимистических убеждений и установок в поведении.

Мы стремимся к тому, что бы человек становился более уверенным в себе, в своем будущем и овладевал методами, помогающими ему сохранять силы, необходимые в процессе борьбы за свое здоровье. Это дает, так же, повышение психологической устойчивости и работоспособности. Именно поэтому мы считаем наиболее эффективной групповую форму работы по психологической реабилитации больных, так как она помогает им с помощью позитивного опыта, приобретенного в тренинге развить новые стратегии в отношении к себе, чувство контроля над своей болезнью и жизнью.

По предварительным данным первичной диагностики после прохождения реабилитации у 78% больных выявлена положительная динамика, выражавшаяся в значительном снижении эмоциональной напряженности, снижении уровня реактивной и личностной тревожности, уменьшение выраженности депрессивных тенденций. Однако, требуются дальнейшие исследования в данном направлении, затрагивающие, в частности, стабилизацию психовегетативных показателей и взаимосвязь психологической реабилитации с объективными составляющие заболевания (возникновение рецидивов, время выживаемости, занятие плодотворной деятельностью и др).

Таким образом, можно сделать вывод, что успешность психологической реабилитации во многом зависит от целого ряда факторов, включая субъективное восприятие заболевания, индивидуальную форму реагирования и готовность к личностным изменениям самого больного, а так же усилий всех специалистов диспансера. В связи с этим мы планируем разработать как общую программу реабилитации, так и индивидуальные для каждого пациента с учетом не только диагноза, стадии заболевания, общего состояния и возраста, но и социальных и личностных особенностей.

Ψ

АНТИДЕПРЕССАНТЫ В ПРЕОДОЛЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Комкова Е.П., к.м.н.

*зав. отделением восстановительного лечения, врач-психотерапевт
ГБУЗ КО «Областной клинический онкологический диспансер»,*

Магарилл Ю.А.

*Доцент, зав. кафедрой онкологии ГБОУ ВПО Кем ГМА
Кемерово*

Проблема преодоления хронической боли у больных онкологическими заболеваниями представляет одну из актуальных задач современной клинической онкологии. По различным данным у 30-40 % онкологических больных боль является основным симптомом, а у больных с распространённым злокачественным процессом доходит до 70-80%.

Хронический болевой синдром не только снижает качество жизни онкологического пациента, но и усложняет процесс терапии, способствует появлению нервно-психических расстройств, что негативно влияет на проявления и исход опухолевого процесса.

Формирование хронического болевого синдрома и депрессии имеет ряд сходных патофизиологических и биохимических механизмов (нарушение функционирования серотонинергических и норадренергических систем ствола головного мозга), что даёт веские основания для изучения возможности применения антидепрессантов с целью устранения хронического болевого синдрома у онкологических больных.

Цель настоящего исследования – анализ опыта применения антидепрессантов различных химических групп у онкологических больных с хроническим болевым синдромом.

Материал исследования составили 136 больных метастатическим раком молочной железы в возрасте от 32 до 65 лет, направленных в отделение восстановительного лечения (2011-2012 г.г.) для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Критериями отбора больных для лечения было формирование у них хронического болевого синдрома различного уровня выраженности.

Всем пациентам проводилась паллиативная стационарная (59,5 %) или амбулаторная (40,5 %) полихимиотерапия.

Наблюдение осуществляли на протяжении от одного до шестимесяцев. С целью сбора необходимых сведений и данных использовалась «Базисная карта обследования онкологического больного», включающая анамнестические сведения пациентов, результаты их объективного обследования, диагноз, этапы клинической динамики. У 103 наблюдаемых больных (75,7 %) при обследовании выявлены тревожно-депрессивные, депрессивные,

субдепрессивные, ипохондрические (канцерофобические), астенические реакции и состояния, которые согласно МКБ-10 квалифицированы как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Результаты: Для купирования хронического болевого синдрома и выявленных нервно-психических расстройств всем больным назначали симптоматическую психофармакотерапию. Комплекс медикаментозных мероприятий также включал седативные средства, фитотерапию, поливитамины и адаптогены.

Антидепрессанты принимали 88 пациенток. Предпочтение отдавали препаратам с минимальным числом побочных эффектов, что давало возможность их применения при проведении специального противоопухолевого лечения.

Таблица №1. Назначение антидепрессантов в наблюдаемой группе онкологических больных

Антидепрессант	Количество больных
Вальдоксан- мелатонинергический антидепрессант	15
Золофт (СИОЗС)	11
Селектра (СИОЗС)	15
Стимулотон (СИОЗС)	8
Амитриптилин (ТЦА)	29
Азафен (ТЦА)	6
Велаксин (СИОЗСН)	4
Итого:	88

Препаратом выбора был амитриптилин (до 50 мг в сутки) за счёт его соматорегулирующих эффектов, невысокой стоимости и доступности. Препарат потенцировал действие анальгетиков, снижал тяжесть телесных ощущений, обусловленных наличием опухоли или метастазов.

Антидепрессанты серотонинергической структуры (селектра 5-10 мг; золофт, стимулотон 25-50 мг в сутки), вызывали достаточно быстрый терапевтический эффект, заметное снижение болевых ощущений, редукцию депрессивных расстройств, стабилизировали вегетативный тонус. Использование этих антидепрессантов, показало хорошую переносимость онкологическими больными.

Высокую эффективность и переносимость показал также вальдоксан – первый мелатонинергический антидепрессант (25-50 мг на ночь).

Реже применяли велаксин (до 75 мг) в связи с появлением тошноты, значительно ухудшающей качество жизни пациентов.

Лечение антидепрессантами было эффективным во всех случаях, что подтверждалось выравниванием клинических и экспериментально-психологических данных.

Таким образом, применение антидепрессантов способствовало снижению выраженности болевого синдрома, сглаживанию или купированию нервно-психических расстройств, что облегчало проведение специального лечения, улучшало психическое и соматическое благополучие онкологических больных и, возможно, прогноз заболевания.

Ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Котюкова А. Ю.

Медицинский психолог,

Ледин Е.В.

Главный онколог

*ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства
здравоохранения и социального развития РФ*

Москва

В течение двух лет на базе ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» проводится работа по оценке состояния больных онкологического профиля до и после хирургического вмешательства. Более подробно остановимся на пациентках, страдающих раком молочной железы.

В ходе анализа опросника HADS выявлено, что после выписки из стационара пациентки отмечают ухудшение эмоционального состояния в виде нарастания чувства тревоги и депрессии. Данная тенденция связана с тем, что пациентки оказываются «один на один» со своим заболеванием, а к диагнозу, который уже сам по себе является мощнейшим стрессовым фактором, добавляются семейные и профессиональные проблемы; немалое влияние оказывает и тип стрессорной реакции, характерный для женщин. Большинство пациенток не могут обсуждать с близкими весь спектр вопросов, касающихся заболевания, из-за чего замыкаются в себе. После выписки из стационара часть пациенток не соблюдает рекомендаций по наблюдению или даже адьювантному лечению, не занимаются физкультурой. У пациенток отмечается возникновение нарушений цикла сон-бодрствование и других расстройств.

Данные факторы продиктовали необходимость создания специальной комплексной программы для поддержки пациенток после выписки из стационара. Программа включает в себя три компонента: групповую работу с психологом, лечебную физкультуру, физиотерапию. Остановимся подробнее

на работе психолога. Арсенал используемых методик различен. Их выбор зависит от состава группы, активности отдельных ее членов, а также от прочности контакта между членами группы.

В групповой работе мы применяем арттерапевтические и релаксационные техники. Из рисуночных методик мы остановились на следующих: «Дом-Дерево-Человек», «Розовый куст», «Символическое уничтожение навязчивостей». Во время проведения групповых занятий звучит классическая музыка, которая служит ключом для раскрытия внутренних ресурсов, способствует установлению контакта, помогает пациенткам сосредоточиться на своих чувствах и эмоциях. Уникальность этих техник заключается в том, что они выступают не только в роли диагностических инструментов, но и фокусируют внимание пациенток на чувствах и эмоциях, отлично помогают в борьбе с алекситимией, которой они подвержены. Помимо арттерапевтических техник применяются элементы техники прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. Это помогает пациенткам не только снять нервно-мышечное напряжение непосредственно на занятии, но и научиться практиковать эту технику самостоятельно в любое удобное время.

Стоит отметить, что групповые занятия получают преимущества перед индивидуальными вследствие того, что, находясь в группе, пациентки намного активнее делятся своими страхами и переживаниями с членами группы, а не с медицинским работником или даже с близким родственником. После выписки, попав в привычную среду, они не могут найти в ней места, так как, зачастую, после перенесенной операции изменяются не только физически, меняется их образ жизни. Отдельной проблемой является страх перед реакцией коллег на заболевание. Открыто говорить об этом пациентки могут лишь с теми, кто оказался в аналогичной ситуации. И роль первого связующего звена играют как раз арттерапевтические методики. Обсуждая и анализируя свои рисунки, пациентки акцентируют внимание на том, какими видят себя в данный момент, что хотели бы изменить и какими ресурсами обладают. Важно отметить, что участие в групповых занятиях порождает интерес пациенток к самому процессу реабилитации.

Психореабилитационные мероприятия вызывают не только улучшение эмоционального фона, уменьшение уровня стресса, но и создают позитивный настрой, подготавливают пациенток к последующей необходимой терапии, что, несомненно, влияет на результаты лечения онкологического заболевания.

Таким образом, психологический компонент является неотъемлемой частью программы комплексной реабилитации после мастэктомии и радикальной резекции молочной железы.

Ψ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ К СМЕРТИ ЛИЧНОСТИ В МАЛОЙ ГРУППЕ В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА

Кукина М.В., к.пс.н, чл.-корр. МАПН

Доцент кафедры психологии

ОГАОУ ДПО «ИИПКРО»,

Медицинский психолог хосписа г. Иркутска

Иркутск

В настоящее время на фоне роста численности онкологических заболеваний наблюдается недостаток научно обоснованных программ помощи инкурабельным больным, их родственникам и медицинскому персоналу в условиях хосписа. Нельзя не заметить и имеющееся противоречие между теоретическими взглядами на социально-психологическое состояние умирающих и практическое решение возникающих у них проблем. Совершенно очевидно, что существует необходимость разработки практических методов социально-психологической помощи инкурабельным онкологическим больным, их семьям и медицинскому персоналу в условиях хосписа. Нами была сделана попытка изучения взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и особенностями личности в группах онкобольных хосписа, их родственников и медиков.

Установлена специфика взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, механизмами психологической защиты при различном статусе в малых контактных группах в условиях хосписа.

Социально-психологические установки к смерти и их структура отличаются при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа. Для инкурабельных онкологических больных характерны страх смерти и избегание смерти, для их родственников – избегание смерти и нейтральное отношение к ней, у медицинских работников доминируют страх смерти и нейтральное отношение к смерти. Независимо от статуса личности в контактной группе страх смерти взаимосвязан с избеганием смерти, чем сильнее выражен страх смерти, тем больше личность избегает разговоров и напоминаний о смерти.

Социально-психологические установки к смерти связаны в структуре личности с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности и механизмами ее психологической защиты. Независимо от статуса личности в малой контактной группе у участников исследования выражена утилитарная или показная религиозность. Для больных с выраженным страхом смерти, характерны тревожность, напряженность, депрессивность, использование психологической защиты для сдерживания чувства печали, неполноценности, утраты. У родственников с выраженной непосредственностью и прямолинейностью в общении доминирует страх

смерти. У медицинских работников при выраженном страхе смерти, больше проявлялись осторожность, молчаливость. Характер и теснота связей социально-психологических установок к смерти и другими личностными образованиями специфичны при различном статусе личности в малой контактной группе. Онкологических больных отличает высокая теснота связей социально-психологических установок к смерти как с ценностно-смысловыми характеристиками и чертами личности, так и с механизмами ее психологической защиты. Это показывает, что длительно переживаемый страх смерти, способствует развитию депрессивности, ранимости, возбуждению. В отличие от группы медицинских работников, в которой социально-психологические установки к смерти значимо коррелируют с устойчивыми чертами и ценностно-смысловыми образованиями. У родственников наибольшая теснота связей социально-психологических установок к смерти выявлена с устойчивыми чертами личности.

Изучая социально-психологические установки к смерти личности в малой контактной группе в условиях хосписа, наблюдаем следующие групповые эффекты:

- Эффект присутствия других может влиять на мотивацию человека как в положительном, так и в отрицательном планах. В положительном плане – это «эффект социальной фасилитации». Неизлечимое заболевание очень часто спланирует больных, они не только рассказывают друг другу историю своей жизни, но и делятся методами лечения, которые использовали, советуют специалистов, которые им помогли. Отрицательный эффект присутствия других «эффект социальной ингибиции» наблюдается если больной с выраженной депрессией, эмоциональной неустойчивостью, беспокойством размещается в палатах с пациентами, у которых тяжелые раны, психические нарушения. Это может значительно ухудшить его психологическое и физическое состояние. Больных с сильно выраженным страхом смерти, тревожностью и подозрительностью лучше размещать в палатах с верующими, сдержанными пациентами.

- Эффект принадлежности к группе или групповая идентичность – это второй базовый групповой эффект. Этот эффект наиболее выражен в среде медицинских работников, составляющих часть малой группы в хосписе. Необходимо заметить, что некоторые медицинские работники стыдятся говорить среди малознакомых людей, что работают в хосписе. Это связано с тем, что в нашей стране, существует немало негативных мифов о хосписах. Такое отношение общества влияет на чувство изолированности сотрудников хосписов в среде других специалистов, высокую текучесть кадров в хосписе, сниженный интерес к самообразованию, психологической гигиене и восстановлению после стрессов. Среди медиков нередко можно видеть эффект социальной лени, т.е. уменьшение индивидуального вклада в общегрупповую работу. Медицинские работники несут индивидуальную ответственность за результаты отдельных видов работы, но фактически отсутствует ответственность за то, чтобы больной был доволен уходом и

радовался отношению к нему со стороны персонала. Общеизвестно, что когда люди чувствуют себя неуверенно, они в большей степени ориентируются на действия других, похожих на них, чтобы решить, как самим им действовать.

Данные, полученные в исследовании и опыт работы, показывают, что со всеми участниками малой контактной группы в условиях хосписа может быть эффективна, прежде всего, индивидуальная работа с психологом, т.к. каждый случай имеет свои особенности. Важнейшей задачей психологической помощи, направленной на повышение уровня качества жизни онкологических больных в терминальной стадии, находящихся в условиях хосписа, является формирование адекватного отношения к себе, к своей болезни, ориентированное на принятие своей ситуации и смерти, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях вопреки деструктивным личностным и соматическим тенденциям.

Ψ

ЗАЩИТА ОТ СМЕРТИ И ПРИНЯТИЕ СМЕРТИ КЛИЕНТОМ И ПСИХОЛОГОМ В КОНТЕКСТЕ РАБОТЫ ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лицов Д.В.

Психолог, экзистенциальный психотерапевт,

Дерябо Л.Ю.

Психолог-консультант

Руководители психологического центра VITALITY

Рига

В жизни человека есть данности, встречи с которыми он стремится избежать. Они вызывают тревогу и беспокойство. Жизнь сама по себе подбрасывает нам вопросы, - «вечные», «проклятые» - которые не имеют прямых ответов.

Мы откликаемся на их «голос» ощутимыми и конкретными переживаниями, состояниями и поведением. Мы стараемся избежать встречи с этими данностями, и, когда все же встреча случается, реагируем тревогой и беспокойством, возникает «испуг перед реальностью». Способы совладания с этим испугом, тревогой очень разнообразные и чаще связаны с направлением избегания, чем встречи «лицом к лицу». Эти данности – конечность существования, одиночество, бессмысленность, свобода – вплетены в бытие человека, являются нам в момент рождения и сопутствуют всю жизнь. Выбирая свое отношение к данностям существования, мы выбираем способ бытия.

Быть или не быть зависит не от условий существования, и не от интенсивности «давления» на нас со стороны «проклятых вопросов», а от того, готовы ли мы выбирать себя и платить за свой выбор или же предпочитаем оставаться в качестве «возможности». Нередко человек

начинает осознавать себя как экзистенцию (существование) только в пограничной ситуации – перед лицом смерти, болезни, катастрофы. Именно в такие моменты, в моменты «невозможности», выбор бытия, выбор себя, становится необходимым и неизбежным. Этот выбор будет определять дальнейшую жизнь человека.

Уклоняясь от бытия, порой совершенно невыносимого, человек растождествляет себя со своим существованием, отказывает себе в месте в этой новой реальности.

Онкологическое заболевание - это пограничная ситуация, которая неизбежно вынуждает человека конфронтировать с личной смертью. В контексте работы группы поддержки онкологических больных переживания, связанные с конечностью существования, возникают не только у участников группы, но и у психологов. И с этим нужно считаться.

Страх смерти, как базовый источник тревоги, вызывает два возможных варианта реагирования. Первый связан с защитой, второй с принятием. Первый вариант проявляется двумя фундаментальными защитами (И.Ялом) – верой в собственную исключительность и верой в конечного спасителя. Защита делает жизнь болеющего еще более ограниченной. Человек избегает встречи с тревогой и как следствие лишает себя возможности жить полноценной аутентичной жизнью. Выбирая свободу, человек выбирает «быть в тревоге». Онкологическое заболевание влечет за собой много неопределенности, которая, в свою очередь, вызывает еще больше тревоги. Такое положение дел требует от болеющего человека еще большего мужества, чем в прошлой повседневности для того, чтобы жить полноценной жизнью, а не защищаться от нее.

Также все эти обстоятельства являются вызовом и для психолога, у которого есть собственные ограничения, связанные с темой смерти, личной ограниченности и несвободой. Предельность переживаний клиента вступает в конфронтацию с личными пределами помогающего специалиста (психолога), который должен осознавать границы своих возможностей и учитывать их в своей деятельности. Клиенту и психологу необходима особая форма мужества – «мужество быть» – которая может быть ответом на вызовы смерти и по сути является способностью переносить тревогу, связанную с выборами и их последствиями. Нерешенный психологом личный вопрос отношения к смерти может привести в работе к излишей защите от клиента, от его проблем, к объектному отношению к клиенту, с которым нужно что-то «делать» (спасать, лечить и т.п.), а не быть с ним в отношениях.

Второй вариант реагирования – принятие – приводит к более полноценному бытию. Осознание смерти болеющим человеком, принятие ее, способствует личному изменению, переоценке своей жизни, смыслов, поведения, получению удовольствия и радости от жизни, невзирая на все ограничения, связанные с болезнью. Принимающее отношение к смерти позволит психологу избежать роли, описанной А.П.Чеховым в «Палате номер 6», когда специалисты, в силу своей деятельности имеющие отношение к чужим страданиям, настолько привыкают к ним, что

становятся похожими на мясника, который на заднем дворе режет скотину и не замечает крови. Психологу, работающему с онкобольными, необходима особая чувствительность, которая позволит ему быть в эмоциональном контакте с клиентом и одновременно сохранить целостность собственного Я. Для этого необходимо решить вопрос личного отношения к конечности существования.

Интересно, что и в первом и во втором случаях (защита или принятие) «тело» реагирования может совпадать. Например, вера, близкие отношения, деятельность могут стать местом, где можно как спрятаться от страхов и тревоги, так и найти точку опоры для встречи с неизбежным.

Ψ

ВЕРА В КОНТЕКСТЕ РАБОТЫ С ОНКОБОЛЬНЫМИ

Лицов Д.В.

Психолог, экзистенциальный психотерапевт,

Дерябо Л.Ю.

Психолог-консультант

Руководители психологического центра VITALITY

Рига

Онкологическое заболевание – это пограничная ситуация, когда жизнь человека делится на две части – «до» и «после». Появляется очень много «не могу» и «никогда». Если в привычном течении жизни её вполне можно сравнить со свободным падением, когда человек вынужден искать опору, то при тяжелом заболевании, связанном с угрозой для жизни, падение становится стремительным, страх и тревога увеличиваются многократно и поиск опоры превращается в жизненно необходимую. Физические изменения, болезненное лечение, страх перед неопределенностью и страх смерти, пугающее одиночество, чувства беспомощности, бессилия и безнадежности - все это приводит к защите от жизни, отказу от неё. Паул Тиллих назвал невроз «способом уклонения от небытия путем избегания бытия». В тяжелой болезни человек уклоняется максимально. Он замыкается на себе, на тяжелых мыслях и чувствах и порой не видит из этого никакого выхода. Особенно очевидна ограниченность существования на начальных этапах заболевания, когда человек находится в шоке и растерянности. Отсюда частое «нелогичное» поведение заболевшего – отрицание диагноза, отказ от лечения, обращение к целителям и т.п.

Конструктивной «опорой», способной поддержать человека и помочь ему справиться с болезнью, могут стать обнаруженные им смыслы, близкие доверительные отношения, деятельность на благо других людей. Важнейшая из них – вера. Вера в широком смысле.

В контексте работы с группой поддержки онкологических больных тема веры, веры в Бога постоянно. И это естественно – «когда смерть вопрошает душу, душа отвечает верою». Болезнь – пограничная ситуация, когда теряются прошлые ориентиры, цели, надежды, меняются ценности, когда человек оказывается один на один со страхом небытия, одиночеством, отчаянием. Все то, чего он старался избегать в своей жизни, «настигло», стало всепроникающей очевидностью. Отныне с этим как-то надо быть. И обращение к вере, к религии – становится одним, иногда единственным, из способов бытия.

Вопрос веры - это и вопрос о сущем (существующем): в кого верим, кому верим, во что верим, но и о бытийном – как верим. Участница группы, рассказывая о доверии к духовному авторитету, своей открытости перед ним, оказалась, с ее слов, «изнасилованной», когда, не спрашивая разрешения он «продемонстрировал» другим участникам собрания то, как «грех приводит к наказанию». Под наказанием имелось в виду ее заболевание, которое было «дано за грех». Что происходило с человеком в момент «демонстрации» для лидера было не очень важно. Это плата за «до-верие». Полагаться на авторитет (до-верие или до-верчивость), который «знает как надо» и полагаться на Бога, который «молчит» – это не одно и то же.

Вера психолога, имеющего дело с человеческими страданиями, особенно в такой деятельности, как оказание помощи болеющим раком, может быть той опорой, которая дает основания и силы для столь нелегкой деятельности. Имеется ввиду вера в широком смысле – вера в клиента, вера в то, что его жизнь может измениться, что несмотря на все последствия болезни он найдет свое место в мире, вера в терапию, вера в профессию. Это та вера, которая шествует параллельно со знанием, с опытом и часто из них же и выводима. Вера психолога способна «заразить» болеющего, способна нести психологический заряд, который передается клиенту, вселяет надежду, дает силы и желание бороться, брать ответственность за лечение, за свою жизнь, позволяет что-то менять. Но есть еще более глубокое основание для нашей деятельности, оно располагается за пределами понимания и опыта – это вера в неслучайность того, что происходит с человеком в его жизни, вера в духовную целесообразность происходящего

«В окопах не бывает атеистов» - взглянув смерти в лицо, человек обращается к вере, как к последнему за что можно «зацепиться». Ситуация невозможности, бессилия и беспомощности порождает «уверенность в невидимом и получение ожидаемого».

К. Ясперс даёт такое определение болезни: болезнь — пограничное состояние, которое отрезвляет, пробуждает от духовного сна, обнаруживает подлинную сущность человека. Болезнь побуждает искать спасение в Боге. Что перед лицом смерти остаётся существенным, то экзистенциально, то, что утрачивает свою ценность, то есть “голое бытие”.

Похожая мысль у И.А. Ильина: «Болезнь есть как бы таинственная запись, которую нам надо расшифровать...Человек через свои страдания обретает частицу истинной веры и истинной мудрости».

Является ли вера человека освобождающей к жизни или напротив уводящей от нее, можно понять задавая (себе и клиенту) простые вопросы: Как вера сказывается на болезни? Улучшает ли она качество жизни? Как воспринимается болезнь в контексте веры? Как человек осознает болезнь? Вера помогает или мешает ему находиться в контакте с другими людьми? Каким образом он видит значение страдания и смерти? Каков смысл болезни и смысл выздоровления? Все эти вопросы, конечно же, правомочны не только для верующих участников группы, но и для всех остальных. Ответы показывают, что для человека есть его вера – защита от реальности или же она освобождает и позволяет эту реальность видеть, как она есть, влиять на нее.

Ψ

ПАРАДИГМА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Русина Н.А.

*Заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО
ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»
Ярославль*

Обращаясь к исследованиям зарубежных и отечественных ученых в области онкопсихологии, мы встречаем разнообразие диагностических процедур в зависимости от поставленной цели автора, выполненного под конкретную задачу научного эксперимента, и возможности исследователя. Нередко исследования выполняются ради диссертационных экспериментов, поэтому выборки больных не охватывают все возможные онкологические заболевания, а сравнение с контрольными группами вызывает недоумение. Наблюдается тенденция к использованию адаптируемых и мало известных западных методик. Неопровержим факт, что различные факторы не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых факторов.

Тем не менее, исследования можно сгруппировать по следующим разделам: 1.Изучение личностных (чаще доказывается, что преморбидных) характеристик пациента. 2.Исследование психических состояний больного (тревоги, депрессии). 3.Изучение отношения к болезни. 4.Изучение эмоционального статуса больного. 5.Недостаточное изучение адаптационных ресурсов личности пациента. 6.Редкое изучение самооценки, отношения к себе, смысловой сферы личности. 7.Практически не исследуются нейropsихологический статус, гендерные особенности. 8.Малочисленные исследования семейного статуса, типов воспитания, актуальных способностей.

В соответствие с выделенными разделами можно перечислить наиболее применяемые диагностические процедуры: 1.Опросники ММРІ, СМІЛ, тест Кэттелла, методики транзактного анализа. 2.Методика Люшера, шкалы Зунга, Бека, Тэйлор. 3.Опросники ТОБОЛ, ЛОБИ. 4. Используется опросник изучения алекситимии. Рекомендуем психосемантические методы, ТАТ, ассоциативный эксперимент. 5.Индекс жизненного стиля, копинг-тест Лазаруса. 6.Рекомендуем методику исследования самоотношения, опросники смысложизненных ориентаций, предельных смыслов, тест жизнестойкости. 7.Рекомендуем нейропсихологические методики, методику пиктограмм. 8.Рекомендуем методику оценки индекса семейной сплоченности Олсона, Висбаденский опросник к методу позитивной психотерапии и семейной психотерапии.

Независимо от того, какими методиками мы пользуемся, практически у всех пациентов онкологической клиники мы обнаружим наличие тревоги (а она и должна быть, особенно перед операцией, вопрос в ее уровне!), депрессии, алекситимии, черты инфантильности, сверхконтроля, следования социальным нормам, ригидности, эмоциональной лабильности, неэффективных адаптационных реакций. Практика диктует главную задачу: помочь пациенту справиться со своим состоянием на разных стадиях развития заболевания.

Расхождение состоит в том, что результаты исследований являются собой обобщенную и усредненную характеристику больного, а на практике мы имеем дело с конкретным случаем проявления болезни, а, значит, с конкретным больным, с его ситуацией, при которых выявленные закономерности могут не работать, а помощь оказаться недейственной.

Выбор психологических методов коррекции зависит, прежде всего, от стадии развития заболевания. Больные проходят стадии психологической реакции на болезнь: отрицание, или шок, гнев и агрессия, «торговля», депрессия и отчуждение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии. Поведение психолога должно быть адекватно каждой стадии. Если больной находится на стадии отрицания, нужно понять, как это помогает ему справиться с ситуацией и помочь определить список реальных целей. Ни в коем случае ни надо его разубеждать, поскольку он еще не готов принять информацию о болезни. И он может совершить суицид, а его состояние может оказаться небезнадежным для лечения.

Если больной тревожен, его следует успокоить через обучение релаксационным техникам. В ситуации агрессии, гнева определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, помочьотреагировать эмоции; если это аутоагрессия, поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, подключая экзистенциальную ориентацию. При депрессии помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, неотреагированные эмоции. При отчуждении найти семейные проблемы, причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи. При выборе техник учитывать особенности личности, стадии развития заболевания и психологические реакции на болезнь

Для того чтобы приблизить психологическую диагностику к практике, психолог должен направить ее на выбор психотерапевтической мишени. Благоприятной основой работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни, семейные проблем и актуальные способности, найти ресурсы личности. Опытный психолог-практик провоцирует процесс, при помощи которого мобилизуются блокированные персональные силы в человеке. Нами была выявлена психотерапевтическая триада «мишеней» пациентов онкологического профиля – «телесная скованность», «подавленные отрицательные эмоции» и «неконгруэнтность смыслов».

На первом этапе стремление специалиста выяснить, какие же ситуации пациент переживает как травматичные, наталкивается на трудности. Попытки применения игровых техник обречены на этом этапе на неуспех. В лучшем случае можно получить рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии: обиде, агрессии, гневе. Но проявления эмоций нет. На этом этапе необходимо показать пациенту связь эмоций и телесных проявлений. Предлагаем упражнения на релаксацию, глубокое дыхание, технику парадоксальной интенции. Далее тестируем пациента через значимые ситуации. Так происходит проработка жизненного и семейного контекста проблем и межличностных затруднений.

Когда больной попадает на значимую ситуацию, его состояние изменяется. Задача психолога следить за невербальными проявлениями пациента. Реакции начинают сопровождаться изменениями в теле, появляются жестикуляция, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Тем самым выявляем на уровне психосоматики внутриличностный конфликт пациента. Итогом диагностической ситуации является осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью, телесной скованностью и необходимостью сдерживать свою подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу воспитания или привычки.

Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом. Очень важна работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке его способности распознавания и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря. Далее изменение негативной установки пациента по отношению к эмоциям (особенно отрицательным), выявление причин, кто и когда «запретил» выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Когда пациент начинает отслеживать ситуации, после которых у него возникают ухудшения физического самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим

к обучению управлению эмоциями, моделям совладания. Работа может осуществляться в техниках нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно, медитациях, мышечной релаксации, глубокого дыхания, процессуальных и трансовых техниках. Приемы эмотивной психотерапии: маркировка эмоциональных состояний, обучение «отреагированию» эмоций, «выпускные клапаны для гнева», «слёзы», перевод отрицательных эмоций в физическую активность, «проговаривание» эмоционального состояния, фокусирование на внутренних переживаниях, а не на внешних событиях, различие между чувствами и телесными ощущениями, создание новой доминанты, творчество, юмор, стресс-айкидо, методы саморегуляции, дыхательные упражнения, медитативные техники.

Следующая проблема: телесная скованность, «мышечный панцирь». Рекомендуем водные процедуры, движения, прогулки, саморегуляцию, визуализацию, медитацию, самогипноз, процессуальные, трансовые техники. Другая проблема больного: ограниченный репертуар действий, уход в работу, игнорирование болезни, пассивный суицид. Важно научить больного и родственников уходу за собой, умению слышать свой организм, контролю состояния, сна, питания, режиму труда и отдыха, самонаблюдению.

Второе направление психотерапевтической работы – научить пациента жить в новых для него ситуациях. Работа с 1-й мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия, чтобы научиться выдерживать увиденное и принять как факт.

Применяем когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями: переформулирование ограничивающих убеждений, перевод иррациональных убеждений в рациональные, отрицательных в положительные, относительность отрицательных событий. Работу со 2-й мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» - осуществляем в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента. Поиск 3-ей мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» - должен привести пациента к аутентичности, нахождению себя. Работу можно вести в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», определение своего Критика, встречу с Саботажником, подключая приемы психодрамы, гештальт-терапии. Определение 4-й мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» - заключается в конструировании новых смыслов, целеустроении.

У онкологических больных происходит потеря экзистенциального смысла: во имя чего жить, поскольку больные инфантильны и привязаны к одному объекту (работе, человеку). Ограничение взаимодействия с ним способствуют агравации симптома. Для больных чрезвычайно актуальны вопросы смысла жизни, вины, тревоги, смерти, одиночества. Работа с этими категориями может быть эффективной в парадигме экзистенциальной

терапии. Приёмы: диагностика понимания понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», диагностика личных ценностей, построение жизненной стратегии, метафорическая и телесно-пространственная работа по «образу жизни», работа со сказками, метафорами, притчами, работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности, гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального.

Ψ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ткаченко Г.А., к.пс.н.

Медицинский психолог

ФГБУ Российский онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина РАМН

Москва

По данным Всемирной организации здравоохранения, опубликованных в информационном бюллетене за июнь 2011 года, онкологическое заболевание входит в десятку ведущих причин смерти людей по всему миру.

Совершенствование методов диагностики и лечения онкологических больных значительно продлевают жизнь пациентам. Однако злокачественные новообразования, приводящие к функциональным и органическим нарушениям, часто являются причиной возникновения тяжелых нервно-психических расстройств¹.

Вопросы выявления и коррекции нервно-психических расстройств, возникающих у онкологических больных, приобретают все большую актуальность в связи с тем, что пациент не всегда может рассчитывать на полное исцеление, но перспектива вернуться к активной жизни в социальном и экономическом отношении для него более важна, чем наличие хронического заболевания, дефекта или изъятия².

Исходя из вышесказанного, можно однозначно утверждать, что лечение пациентов обязательно должно сопровождаться психологической помощью.

Разработанная нами программа оказания психологической помощи онкологическим больным состоит из трех этапов:

1 Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных //Журн. Клин. Психоонкологии. 2002. – №3.

2 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320с.

1-й этап – при поступлении – знакомство и сбор анамнеза; проведение экспериментально-психологического исследования с целью оценки психического состояния больного, выявления эмоционально-когнитивных нарушений, особенностей личности.

2-й этап – во время пребывания в стационаре - изменение отношения к заболеванию, коррекция эмоционально-когнитивных нарушений, обучение психологическим методам саморегуляции, выработка новых жизненных смыслов.

3-й этап – непосредственно перед выпиской и после выписки – беседы с родственниками, тренинги, направленные на преодоление страха повторного заболевания, страха контрольного обследования, участие в групповых программах, где больные делятся своими переживаниями и трудностями, тем самым, оказывая, друг другу поддержку и помощь.

Возможности психологической помощи при работе с онкологическими пациентами значительно увеличиваются при сочетании различных терапевтических методов, однако, в данном сообщении хочется подробно остановиться на методе прослушивания специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации.

Суть метода заключается в том, что пациент напрягает и расслабляет определенные мышцы тела так, что весь процесс прогрессирует от направления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-либо его части. При постоянных ежедневных занятиях у человека проявляется тенденция к развитию «привычки отдыхать», психологическая установка на меньшую возбудимость и подверженность стрессу. В связи с тем, что человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления, прогрессивная релаксация оказывает тормозящее влияние на стрессовую реакцию. Для потенцирования действия указанной методики успешно использовалось прослушивание специально подобранных звуков природы.

В России метод терапии онкологических больных путем прослушивания записей звуков природы по специальной программе был предложен известным психотерапевтом А.В. Гнездиловым³. Пациент в состоянии расслабления представляет себя на берегу моря, в лесу, у водопада, у ночного костра и т.д. Несмотря на простоту этого метода, можно снимать состояние тревоги разной интенсивности буквально с первого сеанса. Это объясняется просто: существует тесная связь между состоянием соматическим (тела) и состоянием психики. Когда человек испытывает психический и эмоциональный комфорт – его тело расслабляется.

Если же, наоборот, пациент охвачен тревогой или находится под действием стресса – в мышцах возникает напряжение. Эта рефлекторная взаимосвязь используется в терапии. Если пациент достигает состояния мышечной релаксации и одновременного изменения обстановки из психотравмирующей в комфортную (эмоционально положительно

³ Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб., 2002. – 162с.

окрашенное состояние), то следуя этой рефлекторной связи, у него быстро купируются тревога, стресс, боли. Больные отмечают улучшение настроения, появляется активность, уверенность.

В заключение необходимо отметить, что кроме вышеописанных методов терапии нами применяются и другие: арт-терапевтические, личностно-ориентированные, суггестивные, поведенческие, когнитивные. Методы оказания психологической помощи подбираются для каждого пациента индивидуально после предварительной беседы и клинико-психологической диагностики психического состояния.

ψ

ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕ, КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ХАРАКТЕР ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СТАЦИОНАРНОМ И ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

Фисун Е.В.

*Системный семейный психотерапевт,
Институт практической психологии и психоанализа,*

Мирошкин Р.Б.

*Клинический психолог
Институт практической психологии и психоанализа
Москва*

Проблема оказания комплексной психологической помощи детям, перенесшим онкозаболевание, и членам их семей по-прежнему стоит весьма остро. В ходе практической работы с детьми, находящимися на лечении или в ремиссии, и их родителями стало очевидно, что реабилитационные мероприятия не могут быть универсальными. Поэтому стоит говорить о целесообразности дифференцированного подхода к психологической реабилитации детей, перенесших онкозаболевание, и их родителей. Это подразумевает учет всех факторов, влияющих на адаптивность ребенка, и выстраивание системы психологической помощи, направленной на восстановление утраченных или изменившихся сфер жизни ребенка и его семьи. К таким факторам, в первую очередь, относятся возраст пациентов, диагноз, срок ремиссии и степень адаптированности после болезни.

Остановимся на том, почему и каким образом психолого-реабилитационные мероприятия должны учитывать возрастные особенности ребенка.

Важно знать, в каком возрасте наступило заболевание, как долго продолжалось лечение, на период каких возрастных кризисов пришлось. Для последующего, постгоспитального развития ребенка имеет значение, какой уровень развития он имел до болезни, в какой социокультурной среде

находился, лечение какой степени агрессивности получал. Не существует однозначных заключений о влиянии полученного в детском возрасте противоопухолевого лечения, так как детское развитие гетерохронно, различные физиологические и психологические структуры формируются и развиваются с разной скоростью.

И, тем не менее, очевидно негативное влияние длительной госпитализации на онтогенез ребенка, особенно, если она приходится на какой-либо возрастной кризис. Кроме того, госпитальные условия не позволяют в полной мере реализовать детям потребность в ведущей деятельности. Также высокий приоритет выздоровления мешает родителям признать потребность детей в занятиях, не относящихся к процессу лечения. Между тем, дети, имеющие возможность реализовывать соответствующую возрасту деятельность, лучше адаптируются к условиям стационара, меньше подвержены депрессивным настроениям, деструктивным импульсам. Можно предполагать, что реализация ведущей деятельности помогает решению возрастных задач, способствует нормальному развитию ребенка. Следовательно, у таких детей меньше риск «пробела» в онтогенезе, им проще после болезни ресоциализироваться.

Можно думать, что поведенческие и эмоциональные сложности, проявляющиеся у переболевших детей, - эгоцентризм, агрессивность, капризность, отсутствие игровых и учебных навыков – возникают, в том числе, на почве «пробелов» в онтогенезе как проявления фрустрации ребенка при невозможности действовать соответственно возрастным нормам.

Таким образом, психологическая реабилитация детей должна учитывать возраст ребенка – как актуальный на момент реабилитации, так и тот, в период которого проводилось лечение. По нашим наблюдениям в поведении, эмоциональных реакциях ребенка, находящегося в ремиссии, нередко прослеживаются возрастные черты периода, в котором началось заболевание. Это положение нуждается в отдельном исследовании и доказательстве, но гипотетически может свидетельствовать о некотором торможении развития ребенка в период заболевания. Кроме того, такое «зависание» в возрасте болезни может быть связано с подкреплением его родителями, которые, опасаясь развития рецидива, склонны относиться к сыну или дочери гиперопекающе. Это, безусловно, инфантилизирует детей, лишает их доступной самостоятельности.

Психологическая реабилитация на госпитальном этапе должна включать в себя мероприятия по сохранению и развитию возможности реализации ведущей возрастной деятельности: игровой – у дошкольников, учебной и познавательной – у школьников, общения со сверстниками – у подростков. Необходимо параллельно проводить консультирование родителей, направленное на работу с полученной ими психологической травмой, ситуативной тревогой, а также ориентированное на мотивацию родителей способствовать доступной игровой, познавательной, деятельностью активности детей, активности в общении со сверстниками. В

психологической работе с детьми полезным представляется использование «песочной» и игровой терапии, особенно для детей младшего возраста, проведение групп подростков, а также арт-терапевтических методов.

Тогда реабилитационные мероприятия на постстационарном этапе должны быть направлены на коррекцию психологических сложностей и нарушений с учетом потребностей текущего возраста и «пробелов», возникших в период госпитализации и болезни. Целесообразно использование психологического индивидуального и семейного консультирования детей и родителей, методов нейропсихологической коррекции детей и подростков, проективных терапевтических методов, групповых форм работы с родителями и подростками.

Ψ

К ПРИРОДЕ ОНКОЛОГИИ И ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТА (ГИПОТЕЗЫ)

Хайкин А.В., к.пс.н.

Президент

Восточно-Европейское Психосоматическое Общество

Ростов-на-Дону

Не смотря на более чем столетний срок развития психосоматической идеи в теории и практике, вопросы о том, какие именно психические феномены способствуют или даже могут быть причиной болезней тела, какова в этом роль психического и как при этом взаимодействует психическое и телесное, пока остаются мало изученными. В части теорий считается, что главным психическим феноменом, лежащим в основе соматогенеза, является какая-либо неудовлетворенная психологическая потребность, неразрешенный душевный конфликт.

В других большая роль отводится непережитой психической травме или эмоциональному стрессу. Часть моделей психосоматогенеза описывают его именно как следствие внутриспсихического конфликта, а другие – приписывают болезни полезную функцию, реализуемую неполезным способом. По мнению автора, перспективными являются модели психосоматогенеза, исходящие из единства психического и физиологического. Автор предлагает исследовать возможный единый психо-биологический (или био-психологический) смысл болезни, рассматривать болезнь как процесс, имеющий смысл или цель, единый одновременно на биологическом и психологическом уровнях или контекстах.

Исследуя, возможный био-психологический смысл, а значит – природу онкогенеза, автор полагает уместным вспомнить о следующем факте. Как известно, одноклеточные не подвержены механизму старения – апоптозу, как клетки организма многоклеточного. (По-видимому, апоптоз – «компенсация» за высокую адаптивность и выживаемость под воздействием

внешних факторов, которую приобретают многоклеточные и которой нет у одноклеточных, природа таким образом блокирует возможность перенаселения и остановки эволюционного развития). Атипичные клетки раковой опухоли так же не подвержены апоптозу. А бурный рост количества атипичных клеток и «подыгрывающий» этому процессу недостаточно активный иммунитет могут быть выражением протеста, «бунта» на глубинно-психологическом уровне против необходимости стареть и умирать от старости, и, одновременно, выражением противодействия общебиологической тенденции выживания индивида эволюционной тенденции. Это – бунт, осуществляемый через попытку заменить «смертные» клетки «бессмертными».

Однако, по известным причинам эта попытка достичь бессмертия приводит к противоположному – еще более ранней смерти организма. Видимо, часть психики и организма в целом, которая «ответственна» за этот процесс «не знает» к чему он приведет. Исходя из этой гипотезы, можно строить стратегию психотерапевтической работы. Например, в гипнотерапевтическом подходе, использовать метафорические истории, описывающие вышеизложенный сюжет. (Конечно, автор не имеет в виду отсутствие других возможных психологических причин в генезе онкозаболевания). Также автор рискует выдвинуть предположение, что развитие такого взгляда на природу онкологии в будущем может привести и к использованию самого онкологического механизма или познанных его закономерностей в целях омоложения организма.

Возвращаясь к вопросу о том, почему процесс, который призван продлевать жизнь – ее укорачивает, автор предполагает, что этот процесс использует механизм, который на этапе перехода от одноклеточных к многоклеточным мог быть средством регенерации тканей примитивных многоклеточных. Теперь этот механизм регенерации в силу уже огромных различий в функционировании современных многоклеточных организмов от механизма функционирования переходных форм не может работать корректно, являясь в современных условиях весьма вредным атавизмом. И более того, учитывая развитие психического в эволюции организмов и понимая взаимосвязь психического и физиологического в организме как единства, можно даже предположить, что этот механизм может запускаться необходимостью «регенерации тканей души». Последнее, очевидно, может быть и отдельной гипотезой природы онкогенеза и иллюстрацией реконструкции общего био-психологического смысла болезни.

В онкологической практике известны случаи спонтанной ремиссии и излечения посредством эффекта-плацебо. Однако, не смотря на очевидную важность последних, как физиологические и психологические механизмы этих явлений, так и условия произвольного и гарантированного их запуска пока не известны науке. По мнению автора, пролить свет на природу плацебо-эффекта может изучение вопроса, обычно не попадающего в поле зрения исследователей, а именно: «зачем, будучи полностью уверенным в совершенно исцеляющее воздействие внешнего средства (плацебо), человек

непроизвольно запускает исцеляющие силы организма и психики?». Ответом может быть гипотеза автора, приводимая ниже. Существуют два вида исцеляющих механизмов – «статические» и «динамические». «Статические» более ориентированы на остановку болезненного процесса, («чтобы не стало хуже»), например, воспаление. Причем, «статические» механизмы при своей работе блокируют не только распространение и развитие болезненного процесса.

Глобальный запуск останавливающего «статического» процесса, как это часто бывает и в физиологии и психике, блокирует и работу «динамического». «Динамические» механизмы, (иногда - «сверхэффективные»), направлены на то, чтобы «стало лучше», они как бы не борются с болезнью, а скорее именно генерируют здоровье. Еще одно их отличие – это то, что они работают безотносительно различных условий, кроме зависимости от блокирующего воздействия «статики». «Статический» же механизм, получив информацию о том, что есть средство, которое приведет к гарантированному исцелению, затормаживается, растормаживая тем самым «динамический», что и приводит к исцелению. (Конечно, автор отдает себе отчет, что приведенная выше гипотеза скорее является поводом для дальнейших исследований, чем законченной схемой).

ψ

«В НАЧАЛЕ БЫЛО СЛОВО...» ИЛИ КАК, РАБОТАЯ ОНКОХИРУРГОМ, БЫТЬ ЧЕЛОВЕКОМ

Четвериков С.Г., д.м.н., профессор

*Врач – онкохирург Университетской клиники
Одесского национального медицинского университета*

Четверикова И.А.

*Клинический психолог
Врач акушер-гинеколог родильного дома №1 г. Одессы
Одесса. Украина*

Заканчивая медицинский университет, молодой врач выходит из его стен с определенным запасом знаний о человеке, его болезнях, причинах их возникновения и возможных методах лечения. В этом объеме информации доля знаний о психологии человека является минимальной. Вопросы врачебной этики и деонтологии вскользь рассматриваются еще на первых курсах обучения и к его завершению забываются полностью. В результате такой молодой специалист оказывается не готовым к реальной жизни в медицинском сообществе, кадекатному и «целебному» контакту с пациентом, его родственниками и своими коллегами. Набираясь опыта, подсмотрев кое-что у старших товарищей, понабывав шишек на своих ошибках, врач постепенно становится таким как все, «растет профессионально».

Но что вкладывается в понятие профессионального роста большинством медиков? Это, в первую очередь, накопление профессиональных, узкоспециализированных знаний, навыков выполнения врачебных манипуляций, операций. Вопросы личностного и духовного роста не поднимаются вообще. Напротив, первоначально идеализированное представление о своей специальности, как о возможности помогать людям, спасать их от тяжелых болезней разбивается о реалии ежедневной работы. Пациенты умирают, многим из них невозможно помочь, многие умирают из-за позднего обращения, многие – от отсутствия денег на покупку нужных лекарств и недостаточного финансирования больниц. Некоторые больные умирают из-за ошибок, допущенных врачом... и это самые тяжелые для врача переживания.

Постепенно, следуя инстинкту самосохранения, врач эмоционально закрывается. Особенно это касается врачей хирургических специальностей. Оставаясь эмоционально отрешенным от переживаний о пациенте как о человеке с его собственными мыслями, ощущениями, чувствами, хирург приобретает возможность действовать хладнокровно и четко в операционной, где иногда мгновенно нужно принимать решения об изменении хода операции и осуществлять их без дрожи в руках. Не отключаясь от ощущений и чувств, в том числе по отношению к самому себе, практически невозможно оставаться эффективным в операционной во время тяжелой, 6 – 8 часовой операции, когда от физического напряжения судорога хватает мышцы предплечья, а боль в позвоночнике от неподвижного и напряженного положения становится просто невыносимой.

Так, постепенно, из живого человека онкохирург становится эффективным роботом, способным выполнять ювелирной точности оперативные вмешательства, но теряющим возможность находиться в эмоциональном контакте с пациентом, коллегами, своими близкими, ощущать и чувствовать себя. К сожалению, далеко не анекдотичной становится реплика пациента: «Раньше я был профессором - физиком, а теперь стал холециститом из пятой палаты...»

Какова же цена личностных изменений, через которые проходят большинство хирургов? Поначалу мы стараемся достичь определенного статуса, доказать свою значимость. Молодой хирург готов учиться, дежурить, не выходя из клиники и не видя белого света, безвозмездно (или за так называемую зарплату) лечить больных, оперировать, ассистировать на операциях и чем больше, тем лучше. На том периоде энтузиазма врачей до сих пор держится наша медицина в условиях ее нищенского финансирования и абсолютного отсутствия заботы государства о специалистах помогающих специальностей. У некоторых врачей этот период растягивается на годы, иногда на всю профессиональную жизнь. Только продолжительность и качество этой жизни оставляют желать лучшего. Многие из моих коллег уходят из жизни в 40, 50, 60 лет от инфаркта либо какой-нибудь другой катастрофы, не в состоянии нести дальше эту ношу ответственности.

Только своевременная профилактика профессионального выгорания, возможность реализовать собственные духовные потребности, контакт со своими чувствами позволяет хирургу сохранить собственное душевное и физическое здоровье, а также небезразличие и интерес к пациенту. К пациенту, как к живому человеку, с его телом, его болезнью, его ощущениями и чувствами. Боль, дискомфорт, тревога, страх, уныние и надежда – это то, с чем можно работать, то, что либо будет мешать вам помочь пациенту, либо, наоборот, сделает из больного человека вашего союзника в борьбе с болезнью.

В связи с этим нужно вспомнить о ценности слова, разговора врача и пациента. Не минутной встречи во время обхода в палате, выслушивания жалоб и коррекции назначений, а о настоящем разговоре с эмоциональным контактом, глаза в глаза. Разговоре, когда максимально включена эмпатия врача, разговоре о том, что волнует пациента, что он чувствует, что его пугает и чего он, может быть, панически боится. Морально готовый к обсуждению этих сложных, иногда экзистенциальных вопросов, врач может помочь пациенту увидеть в жизни новый смысл, в каждой ее минуте.

Коренными изменениями в жизни онкологических пациентов можно объяснить случаи чудесного исцеления от болезни. Надежда на выздоровление, вселенная в пациента, особенно если она аргументирована возможностью включения его собственных ресурсов противоопухолевой иммунной системы в предотвращение рецидивирования болезни после операции, химиотерапии или лучевого воздействия, дает больному колоссальный ресурс. Он позволяет выжить после самых травматичных и сложных операций, избежать послеоперационных осложнений, легче переносить последствия химиотерапии и радоваться от того, что жив, что сделал свой выбор жить.

Никто не знает, сколько времени нам отведено в этой жизни. Но, сколько бы его ни оказалось, возможность провести это время так, чтобы остаться довольным прожитыми днями, видеть смысл своего существования в каждое мгновение своей жизни, радоваться каждому дню и провожать его с благодарностью, чувствовать свою наполненность и значимость, чувствовать себя счастливым... Если после вашего разговора с больным хотя бы что-то откликнулось и загорелось в его душе, будьте уверены, вы, как онкохирург приобрели себе хорошего союзника в вашей нелегкой работе.

Ψ

НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ КОНСУЛЬТАНТА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Щербакова Т.Н.

*Психолог-волонтер горячей линии
психологической помощи онкологическим больным
АНО «Проект СО-действие»
Москва*

За 6 лет работы психологи линии помощи онкологическим больным и их родственникам оказали помощь более 40,000 абонентов, столкнувшихся с этим заболеванием. Не все звонки содержат психологический запрос, тем не менее, их анализ может дать статистически значимую информацию. Те абоненты, которые уже давно знают свой диагноз, часто ищут способов снизить риск рецидивов, стабилизировать или уменьшить симптомы заболевания. Среди них есть ряд людей, которым удается легче переживать оперативное вмешательство, послеоперационную реабилитацию и с меньшим ущербом для здоровья переносить химиотерапию.

Одним из критериев, который, как мне кажется, объединяет эту группу онкологических больных, является их способность создавать соответствующий настрой, присваивать положительные последствия предпринятых ими действий. Они обладают уникальным психологическим свойством интериоризировать то, что дает им в широком смысле мир: природа, искусство, творчество, врачи, родственники, друзья, коллеги и - консультант, в частности. В качестве примера приведу слова одной абонентки со стабильным процессом регрессии онкологического заболевания: «Дайте мне любое лечение, любую помощь – мой организм, я знаю, это воспримет». Мне хочется подчеркнуть важность двух моментов:

Во-первых, как мне кажется, именно это «Я знаю» в ее отклике может служить указанием на тонкую подстройку болеющего онкологией человека к своему организму, на прислушивание к своим потребностям, чуткое внимание к малейшим движениям души. Работа консультанта может состоять в поддержке имеющегося актуального состояния или в помощи по его формированию с селективированием малейших позитивных изменений – и с передачей абоненту ответственности за эти изменения. Маркером происходящего процесса этой тонкой подстройки в телефонном консультировании может быть молчание абонента, значительная пауза в беседе.

Можно предположить, что именно в этот момент происходит некое «примеривание», приложение к себе нового взгляда, информации, образа, видения – и дальнейшее мысленное «конструирование» событий с учетом этого уже произошедшего интрапсихического изменения. Часто после этой паузы у абонента меняется тон и темп речи - слова становятся более медленными, спокойными, осознанными; а вместо состояния тревоги и

неопределенности слышится появившееся намерение облечь возникающие мысли в конкретные действия. Нередко в ответ звучат глубокие слова благодарности.

Во-вторых, болезнь вполне оправданно часто воспринимается болеющим человеком как некая грань между жизнью и смертью. Желание выздороветь столь велико, что нередко становится для человека сверхценной идеей. Решению этой крайне сложной задачи подчинены все жизненные устремления болеющего человека. В этом случае, согласно закону Йеркса-Додсена, мы можем говорить о ситуации перемотивации. Как следствие - напряжение, волнение и стресс (и без того достаточно значительные) усиливаются. Тогда одна из задач консультанта - снизить интенсивность прилагаемых усилий до уровня оптимальных. Одно из возможных направлений работы – направить эти усилия в русло изменения отношений с самыми значимыми в жизни болеющего человека людьми - с его семьей и близкими.

По мнению Гнездилова А.В. исследование внутрисемейных отношений «выявило наличие внутрисемейных конфликтов в 82% случаев». Функция симптома (собственно, онкологического заболевания) в семье амбивалентна: с одной стороны, часто болезнь служит сплочению всех членов семьи; с другой стороны, предельный страх и тревога разъединяют, могут делать внутрисемейные отношения неискренними, а членов семьи, оказавшихся в этой ситуации, одинокими.

Укрепление этих отношений может служить источником силы, ресурсом и одним из мотивирующих факторов в преодолении болезни. Здесь уместна широкая палитра терапевтических подходов – от экзистенциально-гуманистических и когнитивно-бихевиоральных до нарративных и системных семейных. Среди последних часто позволяют достичь хорошего результата интервенции эмоционально-фокусированной психотерапии (ЭФТ) и краткосрочной терапии, ориентированной на решение: циркулярные вопросы (ОРКТ), подтверждение, отражение, эмпатическое предположение, вопросы, извлекающие чувства, стратегический комплимент, шкалирование, незамеченный ресурс, использование исключений и пр.

Высказанные предположения являются гипотезами; на мотивацию к выздоровлению болеющего онкологией человека, конечно, влияет множество факторов, которые требуют дальнейшего исследования.

Ψ

СТРАТЕГИЯ ОТВЛЕЧЕНИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ушакова О.В.

*медицинский психолог отделения восстановительной медицины
клиники НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантации им.
Р.М. Горбачёвой Первого Санкт-Петербургского Государственного
Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург*

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

То есть, каждый пациент, столкнувшись с диагнозом рак, отвечает себе на два вопроса:

- 1) Какие проблемы и трудности создаст мне это заболевание?
- 2) Смогу ли я с этим справиться?

При постановке диагноза лейкоз или лимфома пациенту, как правило, сообщают о высоком риске летального исхода, а интернет-источники ещё больше пугают пациента. В такой ситуации у пациента создаётся ощущение, что никакое лечение не поможет и через несколько дней он умрёт. Когда проходит первый курс химиотерапии, и пациент начинает восстанавливаться, страх неминуемости смерти постепенно отступает.

Если пациентом является врач, то в этот период от него можно услышать: «Но ведь это не на долго». Попытка убедить в обратном не увенчается успехом, поиски смысла часто идут рука об руку с депрессией. Известно, что какой бы ни была причина депрессии, необходимо ее диагностировать и лечить до проведения курса химиотерапии, в противном случае велика вероятность летального исхода.

Поэтому наиболее эффективной на данном этапе может быть стратегия отвлечения, особенно в том случае, если пациент не может принимать антидепрессанты.

У пациента с онкологическим заболеванием часто сужено восприятие окружающего мира. Всё видится в мрачном свете, а перспективы отсутствуют.

В это момент психотерапевт или психолог может помочь больному справиться с тревогой и депрессией, ощущением безнадежности и отвергнутости, болью, утомляемостью, нарушением сна. К сожалению, в нашей стране психологическое и психотерапевтическое сопровождение онкобольных не является стандартизованным видом медицинской помощи.

За рубежом когнитивно – поведенческая терапия широко используется в психо-социальном сопровождении пациентов с онкологическими заболеваниями; является основой реабилитационных программ, нацеленных на восстановление качества жизни пациента, а также на стадии возвращения его к активной социальной жизни на этапе ремиссии.

Интервенции, в зависимости от потребностей пациента, ориентированы как на когнитивный, так и на поведенческий аспект, и нацелены на самостоятельное преодоление трудностей, связанных с болезнью и лечением.

В частности, отвлекающая деятельность может эффективной:

- Когда мысли о болезни полностью занимают сознание.
- Когда не получается справиться с тревогой и пугающими мыслями.
- Когда хочется чувствовать себя обычным человеком.
- Когда жизнь кажется бессмысленной.

Чтобы отвлечься от заболевания и напомнить себе, что в жизни по-прежнему есть много приятных моментов, необходимо заняться чем-нибудь приятным. Чувства, которые возникают во время таких занятий, помогают преодолеть беспокойство и подавленность.

Цель отвлекающей стратегии: расслабиться, улучшить настроение, получить удовлетворение (я могу!).

Виды отвлекающей деятельности:

- физическая активность (может быть ограничена или даже запрещена лечащим врачом на определённых этапах лечения) – не всегда требует значительных энергозатрат;
- интеллектуальная активность (чтение книг, написание рассказов и т.п.) – не требует больших энергозатрат.

Составление списка занятий, которые доставляли удовольствие раньше, может стать отправной точкой при планировании действий, позволяющей отвлечься от болезни.

Не у всех пациентов сохраняется желание читать книги, смотреть интересные телепередачи, а потом обсуждать их с родными или соседом по палате. Кто-то предпочитает заняться тем, о чём давно мечтал, но не было времени.

Планируя свой день, пациент меняет свой привычный уклад больничного дня, при этом он должен здраво оценивать свои силы и возможности, оставляя время не только для отдыха и расслабления, но и оставляя время, когда можно и нужно говорить о болезни.

Было бы неправильным сказать, что отвлекающая деятельность даёт возможность не чувствовать негативных последствий химиотерапии. Это не так. Но вовлечение, например, в творческий процесс поможет пережить непростой жизненный этап.

ψψ

**ОЧНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ
ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ
ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ИНСТРУМЕНТЫ**

Вагайцева М.В.

*ГКУЗ «Хоспис №1», АНО «ЦСПП «Второе дыхание»,
кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций
факультета психологии СПбГУ
Санкт-Петербург*

Современные практические подходы в области психотерапевтического консультирования на разных этапах онкологического заболевания начали формироваться с середины прошлого века. Основными направлениями работы психо-социальных служб в Англии, Германии, Японии, Польше стали духовные и экзистенциальные потребности пациентов на разных этапах – от профилактики онкологических заболеваний до смерти.

Эффективность психотерапевтического консультирования онкологических пациентов, доказанная в мировой практике, получает подтверждение в практической работе российских психологов, работающих с онкологическими случаями. Психологическое консультирование в онкологии имеет свои особенности. Результаты психологических исследований показывают, что у онкологических пациентов чаще всего встречаются такие коморбидные расстройства, как расстройства тревоги, адаптации с беспокойством, фобическое и паническое расстройства, депрессия.

Данный мастер-класс представит особенности консультирования онкологических пациентов и их окружения, основные отличия от других видов консультирования, различия оказания психологической помощи на разных этапах заболевания.

Целевая аудитория: психологи, социальные работники, священники, медсестры, онкологи, студенты, интересующиеся работой в области онкопсихологии и паллиативной помощи.

Цель: сформировать представление об особенностях психологической помощи онкологическим пациентам, их родственникам, сотрудникам онкологических медицинских учреждений.

В программе:

Актуальность работы онкопсихолога.

Особенности переживаний онкопациента.

Особенности психологической помощи на разных этапах заболевания.

Особенности подготовки онкопсихологов.

Формы работы:

мини-лекция, демонстрация первичной очной консультации, групповая дискуссия.

Описание мастер-класса:

В ходе данного мастер-класса будет представлен обзор способов психологической поддержки пациентов с разными стадиями онкологических заболеваний, их ближайшего окружения. Участникам будет предложено обсудить особенности психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на разных этапах заболевания при первой очной встрече, а также особенности личностной подготовки онкопсихолога. Демонстрация консультации будет представлена при наличии реального или фальсифицированного запроса.

Ψ

«КНИГА В ПОМОЩЬ» — ПОСОБИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ БОЛЬНЫ ЛЕЙКОЗОМ

Леднева Н.О.

Автор и руководитель проекта «Книга в помощь»

В феврале 2012 года вышла «Книга в помощь» — пособие для родителей по лечению детского лейкоза и других онкологических заболеваний. Книга распространяется бесплатно по заявкам от больниц, благотворительных фондов и родителей больных детей. Заявку можно оставить на сайте www.onkobook.ru.

Автор идеи и руководитель проекта — Наталия Леднева, мама мальчика, у которого в возрасте 1 год и 2 месяца диагностировали лейкоз.

Книга создавалась, как пособие для родителей детей с лейкозом. Но большая ее часть будет полезна и в случаях других онкологических диагнозов, лечение которых включает химиотерапию. Книга содержит ответы на частые вопросы родителей: какие процедуры предстоят и как к ним готовиться, какие могут быть побочные эффекты и как уменьшить дискомфорт от них, какой диете нужно следовать, как успокоить себя и ребенка и настроиться на победу и т. д. В книге описано стационарное и амбулаторное лечение, реабилитация и психологическая помощь маленьким пациентам и их родителям. Максимум пользы достигается, если выдать книгу родителям сразу после постановки диагноза.

Разделы книги: «Адреса, телефоны», «Здравствуй, стационар», «О лечении», «Кровь», «Центральный катетер», «Наркоз», «Диета», «Чистота — залог здоровья», «Амбулаторное лечение», «Дома», «Психологические беседы», «Реабилитация», «Приложения».

Соавторами и экспертами пособия выступили ведущие эксперты в области лечения онкологических заболеваний, лучевой терапии, переливания крови, психологии и реабилитации. В книге использованы яркие и добрые иллюстрации, и есть раздел со словами известных людей, которые хотят поддержать детей и их родителей.

Было предпринято много усилий, чтобы книгу читали и понимали, несмотря на стресс: серьезный подбор авторов, медицинская экспертиза текстов, структурирование информации, удобная верстка, тестирование текста на фокус-группе. Книга получила хорошие отзывы как от родителей, так и от врачей.

Первое издание книги издано тиражом 2000 экземпляров при поддержке БФ «Наш Север». Сейчас идет работа над вторым изданием.

Ψ

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ

Орлова О.А.

Психологический Центр на Пятницкой,

Бялик М. А.

РНИМУ им. Пирогова

Москва

Мы работаем с людьми, у которых редкое неврологическое заболевание - БАС (боковой амиотрофический склероз). Специфика этого заболевания - постепенно гибнут мото-двигательные нейроны, которые в дальнейшем не восстанавливаются. Человек парализуется, становясь “заключенным” в собственное тело, и никаким образом не может повлиять на внешний мир.

Фактически, узнавая о своем заболевании, человек получает приговор. По всему миру ежегодно 1—2 человека из 100 тысяч заболевают БАС. Заболевание редкое, и мало кто досконально знает, как сопровождать и облегчать сопутствующие симптомы. Парадоксально, но задача врачей и других специалистов-это не вылечить человека, а обеспечить ему “хорошую смерть”.

Люди, болеющие БАС, находятся уже во второй половине жизни, однако сейчас болезнь “молодеет”. Неизвестно почему, но как правило страдают этим заболеванием довольно активные люди, которые многого в жизни достигли. Это люди, привыкшие опираться на себя, на свои физические и психологические ресурсы. А здесь же привычная ситуация переворачивается - они становятся тотально зависимыми от других, совершенно беспомощными, теряется контроль над ситуацией. Постепенно контакт с людьми, больными БАС, становится минимальным, в критичном случае остаются подвижными только глаза, что совсем затрудняет коммуникацию.

Психологические проблемы такого пациента и его близких отчасти те же, что и у большинства больных с тяжелыми смертельными неизлечимыми заболеваниями, но многие имеют и особую специфику. Специфика эта состоит в необходимости в самое короткое время после установления диагноза принимать важнейшие решения о приемлемом для пациента и его семьи уровне медицинского вмешательства. Эти решения буквально связаны с тем, на какую продолжительность жизни может рассчитывать больной и его близкие, и как эта оставшаяся жизнь будет проходить. Решения эти принимать необходимо в самом начале, поскольку со временем пациент теряет способность говорить и, значит, выразить свою волю. При этом объяснять все обстоятельства развития заболевания необходимо тогда, когда пациент и его близкие только получают диагноз и им необходимо время, чтобы осознать, с какой бедой столкнулись, принять новые обстоятельства. А времени для этого катастрофически нет. Болезнь начинает развиваться очень быстро, и всем окружающим необходимо знать, как больной относится к искусственной вентиляции легких, искусственному кормлению и другим подобным тяжелым вопросам.

Другой особенностью БАС, по опыту специалистов разных стран, является то, что помощь именно этой группе больных становится локомотивом развития новых видов социальной помощи, вероятнее всего, в следствии этой особой тяжести заболевания и связанных с ним физических и эмоциональных страданий.

Так 2 года назад в Москве начала работать межпрофессиональная группа Служба помощи больным БАС Марфо-Мариинского медицинского центра «Милосердие» (<http://mndfund.ru>), уникальная для России программа, первая, предлагающая междисциплинарную комплексную (медицинскую, психологическую, социальную и духовную) поддержку неонкологическим больным и не пациентам со СПИДом.

Ψ

О ФОНДЕ «ВЕРА»

Благотворительный Фонд «Вера» был создан в ноябре 2006 года. Он стал первой и единственной некоммерческой организацией, помогающим хосписам в России. Фонд назван в честь Веры Миллионщиковой, создателя и главного врача Первого московского хосписа. Хоспис – это дом, в котором берегут жизнь, сколько бы ее ни осталось. Хоспис оказывает бесплатную медико-социальную и духовную помощь пациентам IV онкологической группы. Это центр распространения идей помощи умирающим и их семьям, центр милосердия, сострадания, бескорыстия, волонтерства, достойной жизни до конца.

Основные направления деятельности фонда:

- Помощь Первому московскому хоспису им. В.В.Миллионщиковой – центру хосписного движения в России;
- Помощь региональным хосписам;
- Помощь неизлечимо больным детям;
- Развитие волонтерского движения;
- Образовательная программа.

Фонд активно работает в направлении подготовки и изданий методических материалов, как для врачей, так и для пациентов и их родственников. Основная часть материалов публикуется на сайте фонда.

<http://www.hospicefund.ru/manual/>

<http://www.hospicefund.ru/fund/program/movement/>

<http://www.hospicefund.ru/fund/program/movement/advert/>

Мы убеждены, что если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь.

Вы можете связаться с нами по телефону или электронной почте

Тел. +7 (965) 372-57-72

Факс: +7 (499) 245-43-22

e-mail: fund@hospicefund.ru

ψ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ 8-800-100-0191

Горячая линия была создана в 2007 г. На сегодняшний день на линии работают специально обученные психологи, юристы по медицинскому праву.

Общее количество обслуженных абонентов с 2007 г.: более 45,000

Среднее количество звонков: 2000 в месяц

География : 180 городов России

Количество волонтеров-психологов на линии: 50 человек

Средняя длительность разговора: 16 мин

Количество штатных психологов: 6 человек

Горячая линия – это:

- **Доступно** (бесплатно, легко, можно из дома)
- **Круглосуточно** (подходит для всех часовых поясов России, не надо дожидаться начала рабочего дня при кризисных ситуациях)
- **Комплексно** (возможность получить консультацию разных специалистов – психолога, юриста по медицинскому праву, социального работника, священника)
- **Анонимно** (сохраняется конфиденциальность абонента)
- **Для всех** (для больных с инвалидностью и без, родственников, друзей, медицинских работников)
- **Профессионально** (все консультанты с высшим профильным образованием и прошли специальную подготовку)

Юристы горячей линии консультируют абонентов по вопросам, связанным с получением бесплатной медицинской помощи и квот на высокотехнологичную помощь, получения лекарств, инвалидности, льгот, медицинского страхования, а также по вопросам оформления больничного, трудовым вопросам, организации паллиативной помощи и социальной реабилитации.

АНО «Проект СО-действие» признана социально значимой и внесена в реестр негосударственных некоммерческих организаций, взаимодействующих с исполнительной властью г. Москвы, свидетельство №13-0432.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЗАДАЧЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ БЛИЗКИХ

Другие проекты АНО «Проект СО-действие»

Очная работа:

- Консультации психолога и юриста;
- Группы поддержки для пациентов и членов семьи.

Информационная поддержка пациентов и повышение медицинской культуры населения:

- Веб-портал;
- Печатные материалы, брошюры;
- Лекции о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний;
- Лекции о правах пациента.

Поддержка и повышение квалификации специалистов, работающих с онкологическими пациентами:

- Курс повышения квалификации для практикующих психологов «Онкопсихология: психологическая помощь онкологическим больным и их родственникам»;
- Методическая поддержка и супервизии;
- Лекции по профилактике профессионального выгорания для медицинского персонала лечебных учреждений;
- Ежегодные съезды онкопсихологов.

«День без болезни»:

- Организация посещения культурных мероприятий и музеев для пациентов;
- Оборудование зон отдыха в стационарах.

Волонтерский проект:

- На линии работают специально обученные волонтеры с высшим психологическим образованием.

Переписка с посетителями веб-портала и страниц в соцсетях:

- Форма обратной связи для вопросов психологу и юристу;
- Постоянно обновляющийся список частых вопросов.

«Проект СО-действие» существует благодаря многолетней поддержке учредителей А.В. Скворцова и В.А. Голубева

(495) 768-5847 contact@co-operate.ru
www.co-operate.ru co-действие.рф

ψψψ