Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов, Москва, 2012. – 70 с. Подготовлен издательским центром АНО «Проект СО-действие»

Использование и публикация статей возможны
только с согласия авторов

® АНО «Проект СО-действие»

Настоящий сборник включает тезисы IV Всероссийского Съезда онкопсихологов, проходившего 23 – 24 августа 2012 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 75 профессионалов, работающих в сфере оказания помощи онкопациентам и их родственникам по всей России: психологи, общественные деятели, социальные работники, врачи. Среди них наши коллеги из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Калуги, Тулы, Обнинска, Рязани, Бийска, Казани, Ярославля, Костромы, Волгограда, Челябинска, Томска, Читы, Минска, Сургута и других.

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

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

Содержание

Содержание

История и итоги 5-летней работы некоммерческой организации Проект СО-действие, Галактионова А.В.

О месте онкопсихологии в структуре психологической науки, Чулкова В.А.

Психокоррекция алекситимии у онкологических больных, Ивашкина М.Г.

Мир зазеркалья пациентов онкологической клиники, Русина Н.А.

Психологическая характеристика смысловой сферы пациенток с раком молочной железы и женских половых органов, Ананьева Е.П.

Участие мифов и сказаний в психологической поддержке онкологических больных, Анисимова Т.В.

Диагностика уровня развития организации личности онкопациентов. Психотерапевтическая тактика для психотического и пограничного уровней, Дулепина О.А.

О психологической помощи родственникам детей, страдающих онкологическими заболеваниями, Богданова Е.И., Черненко О.А.

Значение психологической коррекции в паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, Новиков Г.А., Орлова Т.В., Вайсман М.А.

Исследование особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы, Долгова М.В., Невожай В.И., Курьян Л.А.

Профессиональная позиция психолога при оказании психологической помощи онкологическим больным, Чулкова В.А, Пестерева Е.В.

Модель психологической помощи больному в ситуации онкологического заболевания, Чулкова В.А., Пестерева Е.В.

Об организации и работе научно-практического семинара по психологическим проблемам в онкологии, Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ушакова О.В., Богданова Е.И., Вагайцева М.В.

Психологическая помощь в хосписе (на примере Хосписа№1, Санкт-Петербург), Вагайцева М.В.

Мастерская «Эриксоновский гипноз в помощи онкобольным», Носова Е.Ф.

Релаксация с элементами йоготерапии в работе с онкологическими пациентами, Горожанина Н.Е.

Холодинамика как средство раскрытия духовных ценностей человека: любви, мудрости, принятия, смирения, заботы, Икорский А.А.

Исследование интенсивности переживаемого стресса, стиля совладания со стрессом и преобладающих механизмов защиты у онкологических больных, Голобокова Е.С., Бишарова Г.И.

Учет психологических особенностей, деонтологических и правовых аспектов работы с онкологическими больными при установлении диагноза злокачественного новообразования, Иванов О.А., Сухарев А.Е, Крупнов П.А., Ажгалиев Р.Т., Иванова С.П.

Надежда – как составляющая психологической помощи онкологическим больным, Казанцева Я.Г.

Использование метода ментальной самоинспекции (MENSI) в практике медико-психологической помощи онкобольным, Кряжев

М.Г.

Рак предстательной железы и рак молочной железы: некоторые клинико-психологические параллели, Сагальчик Л.М.

Особенности психологической адаптации и семейных отношений родителей при онкологическом заболевании ребенка, Федорова А.О., Черненко О.А.

Применение арт-терапии в детской онкологии, Спирина Е.Н., Бишарова Г.И.

Психологическая помощь на отделении трансплантации костного мозга для взрослых клиники ИДГиТ им. Р.М.Горбачёвой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Ушакова О.В.

История и итоги 5-летней работы некоммерческой организации Проект СО-действие

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

3 июля 2012 года исполнилось 5 лет Всероссийской горячей линии социально-психологической помощи для онкологических больных и их близких 8-800-100-01-91.

Данный проект является приоритетом деятельности некоммерческой организации с начала её основания. В рамках этой деятельности психологи Проекта за 5 лет помогли более 36 000 пациентов и их родным из 200 городов России – от Калининграда до Владивостока.

В России нет аналогов такого бесплатного круглосуточного телефона психологической помощи населению. Каждый человек, обратившийся на горячую линию, может круглосуточно получить профессиональную психологическую и юридическую консультацию, справочную информацию, узнать порядок обращения в местные и федеральные ЛПУ онкологического профиля. Горячая линия выполняет также и просветительскую функцию,

уделяя большое внимание проблеме ранней диагностики и профилактики канцерофобии в обществе.

С 2011 года благодаря сотрудничеству с Русской православной церковью и с благословения Патриарха на линии круглосуточно работают также 23 православных священника. Теперь каждый абонент может в любое время суток получить поддержку и утешение, совет о соблюдении церковных обрядов, ответ на самые важные духовные вопросы, волнующие больных и их родственников. Это единственная горячая линия, где в круглосуточном режиме можно услышать живое слово священника.

Еще одно направление психологической помощи пациентам – это психотерапевтическая группа для онкологических больных и их родственников «Точка опоры».

Успешная работа социально-значимых благотворительных проектов пока не часто встречается в России. Один из первых специалистов, начинавших работу на линии, со-учредитель проекта, бизнес-консультант Инга Коложвари так рассказывает о начале этой работы:

- «Как и в большинстве благотворительных проектов, главным фактором успеха для общественно значимого дела является конкретный человек, который горит этой идеей и который готов вложить в нее свои силы и душу. Для нашего проекта таким человеком стал его основатель и идеолог, Андрей Владимирович Скворцов. Я хорошо помню тот день весной 2007 года, когда Андрей Владимирович приехал в офис после встречи с врачами-онкологами. Они обсуждали психологические аспекты переживания болезни пациентами, и в качестве примера медики привели печальные случаи, когда после озвучивания пациенту онкологического диагноза люди бывают настолько напуганы, что предпринимают попытки суицида, даже не разобравшись, каковы возможности лечения, насколько опасна именно их форма болезни.

Андрей Владимирович, как человек лично сделавший очень многое, чтобы в России были и современные препараты, и диагностическая база не хуже чем в Европе, был поражен тем, что все возможности современной медицины могут быть сведены на нет отсутствием психологической поддержки для пациента в трудную минуту. Он сразу задал мне вопрос: удастся ли собрать команду психологов, которые дежурили бы на "горячей линии" и оказывали поддержку пациентам и их родственникам, настраивали бы на позитив, помогали осмыслить новые обстоятельства своей жизни и построить план действий. Когда я стала спрашивать о параметрах такой линии, возникло чувство, что по дороге от института в офис наш руководитель уже все

придумал:

- Линия должна быть бесплатная, откуда бы человек ни звонил, с любого телефона, из любого населенного пункта, и она должна быть круглосуточной, с учетом возможности позвонить и с Дальнего Востока, и из Сибири, и для тех, кому особенно страшно будет ночью

Я мысленно перебрала известные мне линии и поняла, что такой формат среди них отсутствует.

- А откуда возьмется такая линия? - осторожно спросила я.

- Я ее открою, - сказал Андрей Владимирович, как о решенном вопросе.

И вот уже пять лет, несмотря на все кризисы, падения и взлеты курсов валют и прочие внешние обстоятельства, линия существует на частные средства наших Учредителей — А.В.Скворцова и В.А. Голубева.

Теперь трудно припомнить все... Но у каждого специалиста на линии есть свои особенные случаи, которыми он гордится. Большое счастье в том, что они действительно не единичны. Часто перед праздниками звонят люди, чтобы нас поздравить - те, которые обращались за помощью 2-3 года назад. И это огромное счастье, когда ты понимаешь, что в сохранение их здоровья мы тоже внесли свою небольшую лепту...».

К команде Проекта относятся не только коллектив психологов и медицинский юрист, но и большое количество добровольных помощников: волонтеров, сотрудников культурных учреждений: музеев, театров, галерей и библиотек, которые открывали для наших пациентов свои двери бесплатно, всех наших коллег в регионах, которые приезжали к нам на Съезды и обучение, работают в онкологических больницах и оказывают пациентам помощь на местах.

Осознавая значимость профессионального диалога между онкопсихологами различных регионов России, «Проект СО-действие» с 2009 года выступает организатором всероссийских Съездов онкопсихологов, которые ежегодно собирают около 70 профессионалов, работающих с пациентами и их семьями.

В рамках этих Съездов была создана Ассоциация профессиональных онкопсихологов и психотерапевтов. Главная ее цель - решение актуальных научно-практических задач в области оказания помощи пациентам с онкологическими и другими тяжелыми соматическими заболеваниями, а также оказание специалистам теоретической, методической, супервизорской, правовой помощи в процессе осуществления их профессиональной деятельности. Президентом Ассоциации онкопсихологов является

петербургский врач-психиатр, доктор медицинских наук, основатель Петербургского хосписа Андрей Владимирович Гнездилов.

Также Проект СО-действие реализует обучающую программу для онкопсихологов России по теме «Психологическая помощь онкологическим пациентам и их родственникам». С 2009 года в ней приняли участие 120 психологов из 41 города России и ближнего зарубежья.

Специфика как очного, так и телефонного психологического консультирования для онкопациентов имеет свои особенности. Все специалисты-психологи, вовлеченные в проект, приняли участие в большой научно-методической работе по изучению мирового и российского опыта этой работы, а также по выработке единых принципов общения с пациентами и их родственниками, которые обращаются на линию. Большое количество повторных обращений, рекомендации, которые делают наши абоненты своим знакомым и коллегам говорят о востребованности и результативности нашей деятельности.

В 2012 году Проект поддержало Правительство Москвы, приняв во внимание большую работу, которую мы проводим с жителями столицы, а именно - благотворительные акции для пациентов цикла «Приглашение к радости», психотерапевтические группы «Точка опоры», очные консультации психолога и юриста по медицинскому праву, организация и проведение ежегодных Съездов онкопсихологов и обучающих семинаров для специалистов, издание и распространение печатных материалов для пациентов, сотрудничество с Ассоциацией онкологов, поддержка интернет-порталов для больных. Организации была выделена субсидия на реализацию программы «Адаптация онкологических больных: психологическая реабилитация и социально-правовая поддержка».

Хочется пожелать нам всем удачи и сил для реализации всех задуманных начинаний, а их еще немало...

О месте онкопсихологии в структуре психологической науки

Чулкова В.А.

НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, с.н.с., кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ, доцент, кафедра онкологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, доцент, Санкт-Петербург

Онкопсихология – это раздел психологии, изучающий психологические

последствия (нарушения, изменения личности и т.п.), вызванные онкологическими заболеваниями. Предпосылкой ее возникновения послужило развитие психоонкологии, которая является частью онкологии и изучает психологические и социальные аспекты онкологических заболеваний. Обращение к психологической стороне онкологических заболеваний имеет свою длительную историю, но особенное внимание к психологическим проблемам в онкологии проявилось, когда встал вопрос о качестве жизни онкологического пациента. Появились совместные исследования врачей-онкологов, психиатров, психологов, социологов, которые и привели к созданию в последней четверти прошлого века новой области знаний – психоонкологии. Таким образом, психоонкология возникла и развивается в рамках онкологии, в то время как онкопсихология является психологической дисциплиной.

Как соотносится онкопсихология с различными психологическими дисциплинами? В фокусе внимания клинических психологов - люди с психическими расстройствами разного уровня. Психически здоровые лица исследовались в связи с задачами профилактики психических и психосоматических нарушений. Изучение здоровых людей являлось прерогативой социальной, возрастной, дифференциальной, инженерной и других психологических дисциплин. Вместе с тем, существует большая область жизненных ситуаций, где переживания и поведение здоровых людей правомерно могут быть описаны с позиций клинической психологии. И это кризисные и экстремальные ситуации. Психология кризисных и экстремальных ситуаций – это область пересечения психологии здорового человека и клинической психологии, это область психологии здорового человека в особых условиях, при которых он находится в критическом состоянии, следствием чего может быть психическая травма, являющаяся основой для всех нервно-психических и психосоматических нарушений. Экстремальные и кризисные ситуации можно определить как внутренние психические состояния, сопровождающиеся переживаниями, предельными по своей интенсивности. Между экстремальными и кризисными ситуациями имеются различия. Экстремальная ситуация возникает в ответ на чрезмерное давление на индивида внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности. Ее можно характеризовать как сверхсильный стресс. Психологической задачей разрешения экстремальной ситуации является восстановление психического баланса и возвращение к привычному функционированию. Психологический кризис - состояние индивида,

возникающее вследствие ощущения внутреннего тупика, который блокирует привычное течение жизни. Кризисная ситуация представляет собой переломный момент в развитии личности, при котором происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, и их восстановление невозможно без коренной реконструкции личности, что позволяет рассматривать кризис как пролонгированный макростресс. Психологической задачей разрешения кризиса может быть восстановление психического баланса, интенсивная внутренняя душевная работа, переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла.

Ядром, сутью кризисной и экстремальной ситуации онкологического заболевания является информация о смертельном заболевании. Сам характер ситуации заболевания задает сверхсильные, мучительные переживания онкологических больных, которые определяют психическое состояние больного, при этом возникает угроза психической травмы. Онкологическое заболевание характеризуется общими признаками экстремальных и кризисных ситуаций: внезапность возникновения, наличие витальной угрозы, разрушение картины мира, отсутствие контроля над происходящим, неопределенность будущего, стадийность протекания реакций. Наряду с этим, ситуация онкологического заболевания имеет специфические признаки, определяющие психическое состояние больного: угроза жизни, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, отсутствие гарантий выздоровления (неопределенность исхода болезни), изменение социального статуса, изменение социальных связей, изменение материального положения. Выделение двух типов психических состояний онкологических больных, обусловленных психологическими переживаниями ситуации заболевания как кризисной или как экстремальной, позволяет психологу дифференцированно подходить к пониманию онкологического больного и учитывать это при оказании ему профессиональной психологической помощи.

Таким образом, онкопсихология – часть психологии кризисных и экстремальных ситуаций. Ее целью является создание системы, включающей три элемента: 1) профессиональную психологическую службу помощи пациентам и их родственникам; 2) профессиональное обучение клинических психологов, врачей-онкологов и медсестер; 3) научные исследования в области онкопсихологии. Все эти элементы должны быть взаимосвязаны и организационно скоординированы. В этом видится смысл и дальнейшее развитие онкопсихологии.

Психокоррекция алекситимии у онкологических больных

Ивашкина Марина Георгиевна
Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Многолетняя научная работа, посвященная исследованию психологических особенностей взрослых пациентов (30-50) лет, страдающих онкологическими заболеваниями, выявила специфику алекситимии у данной группы пациентов.

Алекситимия - сложный симптомокмплекс, включающий особые трудности актуализации и осознания таких психических сфер, как сенсорная, эмоциональная, когнитивно-поведенческая.

Мишени психокоррекции и некоторые техники:

1. Осознание чувств – осознание телесности. Силуэт чувств.

Данная методика является авторской, и была предложена впервые в 1998 г. в работе с онкологическими пациентами, но в дальнейшем опыт использования ее позволил работать с ней и при психосоматических расстройствах, а также при консультировании пациентов с другой психологической проблематикой. Рисунок “Силуэт чувств” предназначен для диагностики уровня осознавания чувств, а также выявления “проблемных” психосоматических зон. Помимо задач, связанных с диагностикой, данный метод эффективен как психотерапевтический прием, поскольку способствует процессу осознавания своего эмоционального состояния. Пациенту предлагается несколько листов бумаги, цветные карандаши (пастель, краски). Можно данную методику предложить в качестве домашнего задания.

Инструкция:

Наиболее целесообразна в следующей форме: “Нарисуйте силуэт человека, заполните его переживаниями, какими найдете, выделив их цветом”.

Время на выполнение работы не ограничено, но исходя из имеющегося опыта – 20-40 минут.

Далее начинается интерпретационный и психокоррекционный этап данной методики. Каждая деталь на рисунке проговаривается клиентом-пациентом.

Используются следующие критерии оценки:

1. Изображение человека и его контуров-границ.
2. Количество переживаний и их качество. Данный критерий определяет наличие или отсутствие алекситимической симптоматики у клиента. Оптимальное количество переживаний- 7-10 шт. Если их меньше, можно говорить о трудности осознавания переживаний.
3. Полнота заполнения силуэта и наличие “пустот”, как симптомов “проблемной” темы. Очень важно насколько густо заполнен силуэт переживаниями.
4. Локализация переживаний.
5. Подбор цвета и его адекватность.
6. Далее начинается психотерапевтическая часть этой методики, она может проводиться в ключе гештальттерапии и арттерапии.

2. Атом переживаний.

Инструкция: “Нарисуйте атом, состоящий из ядра и элементов. Элементами могут быть ваши чувства и переживания. Обратите внимание, что ближе, а что дальше расположено от ядра. Значит ли это, что есть более значимые, а есть менее значимые элементы своей эмоциональной жизни? Насколько Вам нравится получившийся атом? Хочется ли Вам сейчас что-то изменить?

Расстановка в группе (по желанию ведущего и группы и при отсутствии дефицита времени). “Есть ли желающие подробнее исследовать свой атом?”. Участник, предложивший свой атом для расстановки, выбирает из всех участников – себе дубля, и все элементы атома и далее создает атом, располагая все элементы относительно “дубля”. Далее “главному участнику” предлагается встать на место ядра и изнутри оценить, как ему находиться внутри атома. Если ему достаточно комфортно, эта часть процедуры завершается. Если нет - предлагается изменить скульптуру относительно “Ядра”. И снова оказавшись в “Ядре” оценить. Перестановка проводится до тех пор, пока участнику внутри Ядра будет максимально комфортно.

Далее всем участникам предлагается представить себя “внутри” своих атомов и оценить насколько там комфортно. Если кто-то испытывает дискомфорт, то возникает необходимость “перестроить” атом, сделать его более гармоничным для себя (перерисовывать до тех пор, пока он не станет “уютным” и гармоничным).

3. Дифференцировка – демонстрация, работа в тройках

Данная техника заимствована из гештальттерапии и направлена на

преодолении алекситимии. Ведь для алекситимиков характерна “склеенность” ощущений, чувств и представлений, трудности осознавания этих психических процессов. К сожалению, алекситимические черты распространены у медработников, иногда являясь симптомом эмоционального выгорания.

Данная техника включает в себя 2 этапа:

1. Обучение дифференцировке - непосредственно во время терапевтической сессии. Пациенту предлагается последовательно сосредотачиваться на трех психических зонах - ощущениях, чувствах, представлениях (мыслях, фантазиях), озвучивая все это следующим образом: “Я ощущаю (вижу, слышу и т.д.) … ”; “Я чувствую …”; “Я думаю (представляю, мечтаю и т.д.) …”. Задача психолога (психотерапевта) останавливать пациента в случаях ошибок (“Я чувствую, что завтра мне предстоит очередная процедура”), и помочь осуществить правильную дифференцировку (“Я думаю о том, что завтра мне предстоит очередная процедура. Я чувствую тревогу, когда говорю об этом”).
2. Самостоятельное выполнение настоящей процедуры пациентом дома, в сочетании с ведением дневника переживаний.

4. Социодрама: Герой-Антигерой. Направлена на развитие креативности и отработку полярностей. Участникам предлагается выбрать любимого, а потом нелюбимого сказочного героя. А затем войти в роль антигероя и вместе с другими участниками отыграть свои роли и придумать мини-спектакль.

5. Работа с обидами.

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

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

6. Коррекция экзистенциальных переживаний. Диалог

со смертью.

Страх смерти считается экзистенциальным, “нормальным”. Но в работе с онкологическими больными этот страх усугубляется дополнительными мифами о неизлечимости, однозначной смертельности и заразности заболевания. Поэтому в процессе комплексной психотерапевтической работы техника “Диалог (встреча) со смертью” является одной из важных. Проводить ее можно в различных режимах. В нашей практике наиболее эффективной является работа с пустым стулом и в формате КСТ. В начале процедуры пациенту предлагается найти место, в котором будет происходить встреча, затем поочередно пожить в своей роли (отслеживая свои чувства по отношению к смерти), после чего - в роли смерти. Очень часто просто в процессе перехода из одной роли в другую пациент начинает преодолевать свой страх, иногда фигура “смерти” начинает “расщепляться”, возникают субличности смерти аналогичные субличностям пациента и его интроектам (как правило родительским), таким образом преодолеваются манипулятивные, пугающие “послания” смерти, что позволяет пациенту по-новому переосмыслить свои чувства по отношению к смерти, а порой построить с ней конструктивные взаимоотношения и заключить договор.

Мир зазеркалья пациентов онкологической клиники

Русина Наталья Алексеевна

Ярославская государственная медицинская академия, заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО, Ярославль

Психосоматическая медицина считает до 60% заболеваний болезнями «образа жизни» и относит онкологические заболевания к этой группе. Парадигма холистического подхода к человеку, соединяющего в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух, существовала с древности. В полном согласии с христианством тело именуется храмом души со своими половозрастными и индивидуально-типическими особенностями. Душа и тело взаимосвязаны в норме тело через органы чувств ("окна души"), дает ей впечатления, управляет телом, при нарушении чего возникает патология. Но жизнь не исчерпывается удовлетворением потребностей тела и души. Над ними стоит дух в узком значении этого слова, дух-судья, смыслообразуюшая структура. Психологическая организация человека

состоит из индивидных (телесных), субъективных (душевных) и духовных проекций. В логике психологической антропологии и психосистемологии, ориентированной на создание целостного образа человека, такое понимание является научно-корректным, органичным и профессионально значимым.

Онкологические больные в жизни успешны и являются «трудоголиками». Формой внутриличностного конфликта для них является «бегство в работу» при минимальном внимании к сфере «тело/ощущения». Сохранение здоровья не является главным смыслом больного. Сочетание шкал сверхконтроля и эмоциональной лабильности по методике СМИЛ выявляет пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, часто сопровождающийся «уходом в болезнь». В наших исследованиях отношения к болезни (методика ТОБОЛ) ведущим типом является сенситивный, на втором месте – эргопатический (уход в работу).

К.Г. Юнг считает понятия «душа» и «психика» рядоположенными. М.М. Бахтин писал: «Внутреннюю жизнь другого я переживаю как душу, в себе самом я живу в духе. Душа – это образ совокупности всего действительно пережитого, всего наличного в душе во времени, дух же – совокупность всех смысловых значимостей, направленности жизни, актов исхождения из себя. С точки зрения самопереживания становится понятным смысловое бессмертие духа, с точки зрения переживания мною другого – понято бессмертие души». Архиепископ Лука, известный как выдающийся хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий, отмечал: «Никому не известны центры радости и печали, гнева и страха, эстетического и религиозного чувства. …не делать различий между ощущениями и чувствами - значит впадать в самую глубокую психологическую ошибку… Каким образом возникшие в мозгу мысли передаются в сердце, мы не знаем, но мысль как акт чисто психологический, в отличие от ощущений, как актов физиологических, не нуждается в анатомических путях проведения. Не нуждаются в этих путях и чувства, возникающие в сердце в зависимости от тех или других мыслей и в значительной мере формирующие их». Душа есть избыток психики.

Переживания онкологических больных очень глубоки, подавляются и уходят в тело. По методике СМИЛ шкала сверхконтроля является ведущей. Это маркирует личностей, склонных к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать нормативным критериям. На второй позиции эмоциональная лабильность, которая в ситуации стресса формирует психологическую тревогу, трансформируемую в функциональные нарушения

на биологическом уровне. Обращает на себя внимание низкий показатель по шкале оптимистичности. По методике «Индекс жизненного стиля» преобладающими оказались проекция и отрицание. По методике копинг-стратегий преобладающими стратегиями оказались поиск социальной поддержки и самоконтроль. Жестко связаны самоконтроль и поиск социальной поддержки. Бегство-избегание положительно коррелирует с защитой «отрицание», что позволяет предположить наличие неосознанной стратегии поведения. Внутренняя связь между защитными механизмами и внутренняя связь между копинг-реакциями имеет слабо организованную структуру с невысокими корреляционными связями, что не обеспечивает адаптивное поведение. Больные характеризуются высоким самообвинением и внутренней конфликтностью по методике самоотношения. Для них характерна тенденция к чрезмерной рефлексии, фрустрированность ведущих потребностей, недовольство настоящей ситуацией, наличие ригидных аффективных комплексов. Конфликтность связана с трудностями локализации истинного источника проблем. Это шкала характеризуется наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождающихся тревожностью и повышенным вниманием к внутренним переживаниям отрицательного характера. Данный фактор показывает расщепление положительно-отрицательного отношения к себе как механизма, связанного с защитными функциями самосознания.

К категории «дух» в классической психологии наиболее близки жизненные смыслы человека. Позиция онкологических больных по методике СЖО характеризуется сужением смысловой перспективы. Сокращение временной сферы мотивации выражается в «смысловой смещенности» на события настоящего времени. Основная направленность смысловой регуляции онкологических больных – защитная, служит избеганию дискомфорта, причиняемого социальному окружению. Повышенный индекс децентрации характеризует их как ограничивающих свою личную жизнь. Чужие проблемы и они рассматривают со своей точки зрения, стараются сами взяться за разрешение их проблем, рассматривают свою жизнь в контексте жизней других. Направляя активность вовне, они стремятся перейти к актуализации желаемой, иллюзорной способности влиять на события, но их собственные интересы уходят на второй план. Психологическая коррекция онкологических больных должна быть направлена на обучение эмоциональному отреагированию, поведенческой гибкости, преодолению стереотипов. Стремление больных к социальной поддержке, ответственное отношение и

самоконтроль делают их обучаемыми. Главный ресурс – это работа с их Я-концепцией, обучение принятию себя, любви к самому себе.

Психологическая характеристика смысловой сферы пациенток с раком молочной железы и женских половых органов

Ананьева Евгения Петровна

НП Здоровое Будущее, проект «Кабинет Онкопсихолога», Челябинский окружной онкологический диспансер, клинический психолог, Челябинск

Тема смысла жизни является ключевой для лечения онкологических заболеваний и может активировать механизмы психологических ресурсов для выхода пациента в состояние длительной ремиссии.

На базе Челябинского Окружного Онкологического Диспансера проводилось исследование смысловой сферы пациентов. Объектом исследования была сфера личностных смыслов у пациенток с онкопатологией молочных желёз и женских половых органов (далее группа 1 и группа 2). Предмет исследования – восприятие личностных жизненных смыслов у женщин с онкологическими заболеваниями. Было выдвинуто предположение, что в выбранных группах онкологических пациентов существует как схожесть, так и различия в восприятии личностных смыслов; различия восприятия смыслов проявляются в разных мотивах и поведенческих реакциях по отношению к лечению и жизни.

Для исследования был выбран проективный метод, т.к. неопределённость тестовой ситуации снимает давление реальности. При этом внимание фиксируется на общей картине личности, а не на измерении отдельных черт. В качестве проективного материала были выбраны тесты Диагностика полимотивационных тенденций в Я-концепции личности; СЖО (смысло-жизненная ориентация); Эмоциональный Термометр; профиль личностных смыслов и тест свободных высказываний на тему «Что изменится после выздоровления».

Исследуемая группа: 34 человека, в том числе 17 пациенток с онкологической патологией молочных желез и 17 пациенток с онкологической патологией женских половых органов, проходящих стационарное лечение в ЧОКОД.

Пациентки первой группы придают большой смысл активности в своей жизни на фоне понижения значимости смыслов в области принятия трудностей. Поэтому у них снижена общая осмысленность жизни за счёт того, что они чувствует некоторую бессмысленность настоящей жизни, в которой им приходится мириться с ограничениями в физической активности, в возможности продолжить профессиональную деятельность,

активно посвящать себя отношениям с партнёрами по браку и хобби. В силу того, что они имеют смещение локус-контроля в сторону локус-контроля Я, то они активно демонстрируют симптомы тревоги и просят о помощи со стороны других людей. Они видят смысл в том, чтобы поддерживать оптимизм, увеличивать физическую активность, продолжать трудовую деятельность и занятия хобби, для них важно признание со стороны широкого круга других людей.

Не смотря на то, что пациентки второй группы придают большое значение своей жизни до болезни, они сохраняют смыслы и в настоящем периоде жизни. Возможно, связи с тем, что пациентки группы 2 относительно редко проявляют тревожность и тем, что они менее склонны к эгоцентризму, им менее важна помощь от других людей. Они видят больше смысла в том, чтобы самим бескорыстно помогать другим людям. На фоне общего снижения интереса к жизни, что проявляется в низкой трудовой мотивации, потребности в признании, узнать что-то новое, у них уменьшается осмысленность социальных и нравственных норм. У них преобладает локус-контроль Жизнь, поэтому пациентки группы 2 больше смысла видят в том, чтобы добавить эмоциональности в общении с другими людьми, устанавливать эмоционально близкие и доверительные отношения, помогать другим людям.

Сравнивая результаты полученных данных в двух группах, можно сказать, что достоверных различий в том, как распределяются личностные смыслы по смыслообразующим доменам, нет. То есть вне зависимости от локализации опухолевого процесса пациентки обеих групп отмечают мотивированность в отношении к доменам Близость, Отношения, Достижения, Религия, меньше заняты вопросами самотрансценденции и отмечают некоторое снижение мотивации по шкалам «Самопринятие» и «Принятие трудностей». Вопросы самопринятия и принятия трудностей могут выступать в качестве психологических мишеней для коррекции.

Общая осмысленность жизни у пациенток группы 2 достоверно выше, чем у пациенток группы 1 за счёт придания большего смысла настоящему времени. При этом обе группы пациенток высоко ценят события прошлой жизни, что может быть хорошим психологическим ресурсом во время тяжёлой болезни. Пациентки группы 2 имеют достоверное преобладание Локус-контроля Жизнь, а пациентки группы 1 – преобладание Локус-контроля Я, т.е. для пациенток группы 2 характерно перекладывание ответственности за происходящие события на внешние обстоятельства, а пациентки группы 1

предпочитают самостоятельно контролировать события своей жизни.

Говоря о жизненных мотивациях в двух группах, стоит отметить различие в том, что пациентки группы 1 более оптимистичны, любознательны, для них важен комфорт и физическая активность, они больше ориентированы на собственную персону. Для пациенток группы 2 более характерным является направленность собственного интереса на других людей, расширение рамок социальных норм и правил.

Все указанные выше особенности смысловой сферы пациенток двух групп проявляются и в общем эмоциональном состоянии. Так, пациентки группы 1 оказались более тревожными и нуждающимися в посторонней помощи, а пациентки группы 2 остаются более эмоционально уравновешенными и не чувствуют выраженной потребности в помощи со стороны.

На основе полученных в ходе психологического исследования результатов возможно формирование индивидуальной программы психокоррекции смысловой сферы пациенток обеих групп.

Участие мифов и сказаний в психологической поддержке онкологических больных

Анисимова Татьяна Владимировна
НП «Здоровое будущее», к.п.н., консультант-онкопсихолог
Нижний Новгород

В наши дни, читая мифы Индии, Древней Греции или легенды индейских племен, сложно обнаружить какую-либо связь между ними и происшествиями современности. Между тем, мифы не потеряли своего значения для человека в наши дни и есть серьезная причина для того, чтобы культивировать в сознании идеи и убеждения, придающие смысл жизни.

Наибольшее количество информации об участии мифов и сказании в жизни человека накоплено в трудах аналитических психологов (К.Г. Юнг, Дж. Хиллман, М.-Л.фон Франц, К.П. Эстес, Дж.Ш. Болен и др.). К.Г. Юнг указывал на то, что человеческая психика, обладая своей личной историей, сохраняет много следов от предыдущих стадий своего развития, которые находят свое отражение в бесчисленных архетипических образах, мифах. Когда к ним открывается доступ сознания, разум имеет шанс найти им место в своей схеме и с помощью метафоры придать смысл происходящему, а это часто помогает

выстоять в самых трудных ситуациях.

В книге Дж.Ш. Болен «Старшие богини» можно найти аналогию между смертельно опасной болезнью и нисхождением души в подземный мир, владения Гадеса, то есть в индивидуальное и коллективное бессознательное. Также, согласно опыту онкопациентов, которые встречаются лицом к лицу со смертью, освобождаясь при этом от устаревших психологических защит и стереотипов, Дж.Ш. Болен пересказывает шумерский миф об Инанне, которая на пути в подземный мир проходит одни врата за другими и встречается с грозной Эрешкигаль, владычицей Нижнего мира. Вернувшись к жизни с помощью верной подруги, Инанна обретает качества самой богини смерти. Следовательно, пережив нисхождение в царство тьмы, пройдя «круги Ада», онкопациенты обретают возможность к внутренней трансформации, и если им удается вернуться в Верхний мир, то они возвращаются измененными как психологически, так и духовно.

Дж.Ш. Болен приводит прекрасные метафоры, которые используют онкопациенты для придания процессу диагностики и лечения экспрессии, значимости. В Индии есть храмы богини Кали, куда посвящаемый спускается и некоторое время остается там, взирая на лицо смерти, а затем возвращается наверх новым человеком. Пациентка с раком молочной железы сравнивала Центр лучевой терапии с храмом Кали, где все внушало ей ужас: лысые, изувеченные люди и осознание, что она одна из них. Она решила, что ей «нужно войти туда, признать себя одной из его обитательниц, принять целительные фотоны Аполлона и выйти наружу в качестве новопосвященной в Раковый клан - в качестве исцеленной». После окончания курса пациентка отпраздновала его «как начало трансформации собственного *я* после успешного путешествия…»

Работа К.П. Эстес «Бегущая с волками» также наполнена целительными в период жизненных невзгод и трагедий метафорами (посвящение в Клан раненных, Боевые шрамы души и др.). В книге рассматриваются аспекты бессознательного, имена которых уже несут в себе силу жить дальше (Дикая женщина, Та, кто знает, Женщина-Бабочка и др.). За время работы с онкопациентами могу отметить ряд случаев их успешного взаимодействия с пространством мифов и сказаний с участием «Бегущей с волками». На практике использовались два способа работы с книгой: осознанный выбор темы из заглавия, подходящей к актуальному психологическому состоянию, и неосознанный (случайный), который позволял проявиться иррациональной стороне психики. Использование в работе второго способа доставляло

пациенткам радость, удивление от нахождения в прочитанном совпадений с их личной историей. Эмоциональные проявления часто сопровождались высказываниями, размышлениями о божественном. На мой взгляд, этот опыт может предложить онкологическим больным возможность наполнить свою жизнь нуменозным, отдать дань тем теневым аспектам, которые были не признаны в качестве сил, влияющих на течение их жизни. Эти силы, которыми наполнено пространство мифов и сказаний (архетипы Жизни-Смерти, Здоровья-Болезни и др.), позволяют принять единство кажущихся неразрешимыми противоречий, освобождая тем самым ресурс для восстановления.

На мой взгляд, негласное внимание и уважение к архетипическому, божественному со стороны психолога в процессе психологического взаимодействия с онкологическими больными, может констеллировать ресурс Внутреннего целителя, который ранее был отринут под воздействием современной цивилизации. Также сознательное использование мифов и сказаний в психотерапии способствует созданию условий для возникновения ценностной реадаптации у онкопациентов.

Диагностика уровня развития организации личности онкопациентов. Психотерапевтическая тактика для психотического и пограничного уровней

Дулепина Ольга Александровна
«Проект-СО-действие», клинический психолог, индивидуальный и групповой терапевт, Москва

1. Диагностика уровня развития личности пациента. Двух-осевая решетка Мак-Вильямс: первое измерение - уровень созревания личности, второе – тип характера. Первая ось отражает уровень индивидуации (роста и взросления) пациента или степень выраженности патологии характера (психотический, пограничный, невротический, “нормальный” уровни). Вторая ось - обозначает тип характера человека (шизоидный, нарциссический, депрессивный, мазохистический и т.д.). Оценка уровня развития личности – более информативна и значима для выстраивания психотерапевтической тактики, чем диагностика типа характера. Все уровни – психологическая норма.

2. Общие диагностические критерии для определении уровня зрелости личности.

1. Наличие или отсутствие «наблюдающего Эго» - способность пациента наблюдать свою патологию, понимать свои страдания, осознавать причинно-следственные связи происходящих в его жизни событий.
2. Особенности терапевтического альянса. С психотическими пациентами - контрперенос позитивный, терапевт ощущает глубокую душевную эмпатию, собственное «могущество» и огромную ответственность, ощущение, как если терапевт имел дело с 1,5-годовалым ребенком. При работе с «пограничниками» - у терапевта сильный выводящий из равновесия негативный контрперенос, при работе с невротиками – быстро складывается хороший рабочий альянс, сотрудничество, несмотря на сильные и часто негативные переживания пациентов.
3. Сила «Эго» - способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, не прибегая к примитивным защитам, не искажая реальность. Сила «Эго» - это неосознанное предпочтение пациентом использования тех или иных защитных механизмов.

Пациенты, организованные на психотическом и пограничном уровнях, используют примитивные или архаичные защиты, такие как отрицание, изоляция/избегание, уход в фантазии, тотальный контроль, проекция, интроекция и т.д. **Примитивные защиты** имеют дело с границей между собственным “я” и внешним миром. Они осуществляют определенные искажения неприятной реальности, искажения мыслей, чувств, ощущений, поведения, и призваны снизить тревогу. Чтобы быть классифицированной как примитивная, защита должна обнаруживать наличие в себе двух качеств, связанных с довербальной стадией развития. Так, защита должна иметь недостаточную связь с принципом реальности и недостаточный учет отделенности объектов, находящихся вне собственного “Я”. Пациенты психотического и пограничного уровней организации имеют слабую собственную идентификацию, слабое различение «я» - «ты», часто неосознанно идентифицируют себя как продолжение авторитетного значимого взрослого из детства. Чувство собственного «я» у «психотиков» затопленное, у таких пациентов - сомнения в своем праве на существование как отдельной личности. У «пограничников» - чувство собственного я – втянутое в сражение, они часто используют враждебные защиты в отношениях с людьми, в т.ч. с терапевтом.

Зрелые защиты, такие как вытеснение, отреагирование вовне (acting

out), рационализация, регрессия, сексуализация и пр. - “работают” с внутренними границами между наблюдающей и переживающей частями Эго (или между Эго, супер Эго и Ид) Зрелыми защитами (наряду с примитивными защитами) пользуются пациенты, организованные невротически. Самооценка этих людей достаточно эластична, чтобы принять некоторую неприятную и тревожащую информацию о себе и своей реальности.

3. Диагностические факторы работы с пограничным уровнем:

1. Цели клиента и терапевта не совпадают. Клиент хочет избавиться от страданий, избавиться от симптома, терапевт – переструктурировать личность, «подрастить» личность.
2. Трудности в установлении рабочего альянса. Терапевтический альянс строится через недоверие или нарушается-восстанавливается. На этапе негативном переноса основная психотерапевтическая тактика терапевта – «контейнирование», т.е. способность выдерживать напряжение, «выживать», сдерживать свои невротические реакции, свое желание выйти из контакта, в момент выражения пациентом своей агрессии.
3. Процесс терапии - драматичный (захватывающее общение, «захват» терапевта) и менее радующий, при медленной (относительно невротиков) динамике. Удачи терапевта воспринимаются как должное, клиент убежден, что просто должен получить то, в чем нуждается. Таких пациентов беспокоит интерес терапевта к сложности устройства их личности, это вызывает враждебные защиты. Интервенции терапевта часто воспринимаются как атака и критика. Когда такие пациенты чувствуют близость, они паникуют от страха поглощения и тотального контроля, когда чувствуя себя отделенными, ощущают травмирующую брошенность (своеобразная ловушка). Терапевт может ощущать себя матерью 3-хлетнего ребенка (либо матерью подростка), отвергающего помощь, но впадающего в раздражение, если не получает ее.

4. Диагностические факторы работы с психотическим уровнем:

1. Использование примитивных защит (отрицание, изоляция, диссоциация, уход в фантазии…), пациент не прибегает к зрелым защитам.
2. Неукорененность в реальности. При сверхчувствительности к стимулам и чрезмерном реагировании такие пациенты часто не знают, как стимулы интерпретировать, как к ним относиться, и наделяют их индивидуализированным, субъективным смыслом (мистическое /магическое) мышление). Адаптация у психотических пациентов частично нарушена.

3. Сомнения в собственном существовании, и это вызывает у них ужас. Основные эмоции - страх и ужас. Им не удается нащупать свою личность. Они ничего не знают о своей истинной личности. Кто он? Какого возраста, пола? Зачем он? Философская интоксикация. Основной конфликт – жизнь или смерть, безопасность или страх, ужас или хаос. Пациент «ни жив, ни мертв» («Я с вами функционирую, присутствую, но не живу»), Не доверяет быстро, не переносит близости. Если есть доверие, стремится к слиянию, симбиозу.
4. Отсутствует наблюдающее Эго. Нет способности отстраняться от своих психологических проблем и посмотреть на себя и события своей жизни со стороны. Попытки терапевта анализировать их проявления вызывают сильнейшую тревогу. Отстраненность, уклонение от контакта, боязнь вмешательства. Приближение опасно.

5. Клиническая модель ведения диагностики Кернберга: анамнез жизни, анамнез заболевания. Подкрепление данных клиническим опросником Менделевича: оценка психологического статуса пациента на момент обращения и замеры динамики изменений по шести шкалам).

6. Клиническое приложение уровней развития личности. Психотерапевтическая тактика и задачи терапии при работе с пациентами, организованными на психотическом уровне

1. Задача-минимум: улучшение адаптационных возможностей, поддержка пациента в его взаимодействии с реальностью. Предлагать свою реальность настолько, насколько это ему переносимо. Главный врач – не снаружи, а внутри пациента. Работа на осознавание пациентом границ «ты» и «я». Прозрачность отношений «терапевт-пациент». Создание устойчивости. Укрепление самоуважения, своей ценности, любви к себе. Интерпретация «вверх» – или привязка аффекта к реальности, к стимулу (На что ты так среагировала? Что конкретно заставляет тебя думать, что твой брат тебя любит?)
2. Задача-максимум: созревание базовых внутренних структур. Формировать позитивный опыт диадных отношений, опыт доверия и близости, «донашивать», «докармливать» (договор на большую терапию). Дать ощущение стабильности и надежности. Принятие и терпимость. Не раскачивать. Поддерживающие техники. Лучше «недо»-, чем «пере»-. Не спешить работать с фигурой, - сначала с фоном.

7. Психотерапевтическая тактика при работе с пациентами, организованными на пограничной уровне

Работа с границами. Интерпретация защит (только в состоянии покоя). Интеграция полярных потребностей в близости и индивидуации (основной конфликт развития таких клиентов: близость – дистанция, привязанность – зависимость). Поддержка автономии и препятствие регрессу. Формирование навыка проговаривания контрастных чувств (ты и любишь маму, и злишься на нее). Техника «получение супервизии от клиента» (Какой совет ты дала бы мне на моем месте?). Развитие целостного, надежного позитивно значимого ощущения самого себя. Продвижение от неустойчивости, реактивности к стабильности. Пациент должен знать свою точку непереносимости, свою «красную кнопку» и научиться держать свои аффекты под контролем.

Источники:

1. Нэнси Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. «Класс». М., 2001.
2. Отто Ф. Кернберг. Тяжелые личностные расстройства (гл. 2 – Структурное интервью)
3. Стивен М.Джонсон. Психотерапия характера. Практическое руководство. Центр психологической культуры. М., 2001.

О психологической помощи родственникам детей, страдающих онкологическими заболеваниями

Богданова Е.И., Черненко О.А.

Городская больница N 31, психолог, ВМА им. С.М.Кирова, лаборант, Санкт-Петербург

В последние годы в Санкт-Петербурге увеличилось число детей, излечившихся от онкологического заболевания. При этом выживаемость детей составляет 70 – 80%, а при некоторых заболеваниях - 90%. Тем не менее, при онкологическом заболевании всегда существует реальная угроза жизни ребёнка. Родители, узнав о диагнозе своего ребенка, испытывают психологический шок: у них рушится картина мира и связанные с ребёнком ожидания и перспективы. Часто родители не хотят верить в правильность диагноза, отрицают его, надеются на врачебную ошибку. После того, как диагноз онкологического заболевания у ребенка становится для родителей неопровержимым, они тяжело и мучительно переживают, говорят, что случилась беда, огромное горе. Родители горюют о потере "здорового

ребёнка", испытывают множество разных чувств: страх, агрессию, бессилие и чувство вины. Перед ними встают внезапные трудноразрешимые проблемы. Меняется семейный уклад, происходит перераспределение функциональных ролей и обязанностей в семье. Мать, как правило, вынуждена уйти с работы или прервать обучение, чтобы ухаживать за больным ребёнком и быть рядом с ним. Отцу часто приходится искать источник дополнительного заработка, вести домашнее хозяйство, обеспечивать уход за другими детьми, если они есть в семье. В случае неполной семьи материальные трудности обрушиваются на мать и ближайших родственников. Семья испытывает мощный психологический стресс, часто можно видеть глубокую степень психической травматизации родителей и близких больного ребенка.

Болезнь ребёнка нельзя рассматривать отдельно от семьи. Психическое состояние родителей, способы реагирования, позиция, взгляды, убеждения в отношении болезни оказывают сильное влияние на психическое состояние детей и их адаптацию к болезни, могут бессознательно способствовать или препятствовать их выздоровлению. Очевидно, что психологическая помощь необходима не только болеющим детям, но и, обязательно, их родителям и ближайшим родственникам. Разработанных программ организации психологической помощи родственникам детей, страдающим онкопатологией, в Санкт-Петербурге, да и, пожалуй, во всей стране, практически нет или же они не представлены широко. Мы считаем, что создание таких программ имеет огромное значение: оно способствует более эффективной квалифицированной профессиональной психологической помощи онкопсихологов родителям и родственникам больных детей.

Для родственников детей с онкологическими заболеваниями характерны типичные психологические трудности. Среди них можно отметить и признаки посттравматического стрессового расстройства, и сложность принятия болезни ребёнка и изменения его внешности, проблемы воспитания, крушение жизненных планов, изменения в личной жизни, дефицит общения, «выпадение» из социальной жизни и многое другое.

Нами проводится психологическое исследование, в котором изучается влияние онкологического заболевания ребёнка на психологическое состояние матери и ближайших родственников, а также на их семейную систему. В исследовании используются клинико-психологические (наблюдение, клиническая беседа, полуструктурированное интервью) и экспериментально-психологические (опросник для диагностики отношения к болезни ребенка, опросник для родителей «Анализ семейных

взаимоотношений», самоактуализационный тест, Гиссенский личностный опросник) методы. Опыт практической работы в городской больнице №31 на отделении онкологии и гематологии и психологическое исследование, проведённое в клинике Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, позволяет сделать следующие предварительные выводы:

1. У матерей болеющих детей наблюдается неадекватное принятие болезни. В большинстве случаев преобладает тенденция к преувеличению тяжести болезни ребёнка (гипернозогназия), но есть и случаи, когда родители не осознают до конца степень тяжести заболевания ребенка (гипонозогназия).
2. Существует стремление матерей игнорировать взросление детей и стимулировать у них такие качества как игривость, наивность, непосредственность. Рассматривая ребёнка, независимо от возраста, как "ещё маленького", родители снижают уровень требований к нему, тем самым способствуют формированию инфантильных качеств, препятствующих его взрослению и адаптации к заболеванию.
3. У родителей болеющих детей существует тенденция к снижению самооактуализации. Большинство родителей живут прошлым. В настоящее время для них важно только выздоровление ребёнка, при этом собственные потребности игнорируются.
4. У матерей больных детей затруднено взаимодействие с окружающими людьми, снижена способность быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию.
5. Болезнь ребёнка может способствовать как сплочению членов семьи, так и разобщению. Консолидация семьи, взаимная поддержка, по нашим наблюдениям, случается редко. Чаще между членами семьи возникает напряжение. Мать оказывается захваченной болезнью ребёнка, заботами только о нём, всё остальное ей кажется далёким от реальности. Родственники привыкают жить без неё, постепенно отдаляются. Семейная жизнь подвергается испытанию и либо обретает новый смысл, либо разрушается. Исследование только начато, и мы собираемся его продолжить.

Надеемся, что в дальнейшем, оно сможет помочь в разработке программ психологической помощи родственникам детей с онкологическими заболеваниями.

Значение психологической коррекции в паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам

Новиков Г.А., Орлова Т.В., Вайсман М.А.

Распознавание и коррекция психологических страданий у неизлечимых больных является важной задачей, требующей пристального постоянного внимания специалистов, занятых оказанием паллиативной медицинской помощи – нового для отечественного здравоохранения вида медицинской помощи, целью которого является улучшение качества жизни пациентов. Психотерапия является одним из важнейших разделов паллиативной медицины, однако методы психотерапии терминальных больных, учитывающие их характерологические особенности, еще недостаточно разработаны. По литературным данным, у больных, столкнувшихся с прогрессирующим онкологическим заболеванием, наиболее распространены депрессия и тревога. Это подтверждают данные собственного трехлетнего исследования 100 онкологических пациентов IV клинической группы, которое продемонстрировало характерные клинико-психопатологические расстройства у этой категории больных: органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.67 по МКБ-10); психогенные (нозогенные) реакции (чаще тревожно-депрессивные и депрессивные) легкой и умеренной тяжести на соматически отягощенном фоне (расстройства адаптации (F 43.22 по МКБ-10); а также редуцированные делириозные расстройства (F 05.07 по МКБ-10). Отмечено, что характер клинико-психопатологических расстройств, наблюдающихся пациентов, не зависит от первичного онкологического диагноза. Наличие транзиторных «мягких» делириозных расстройств не являлось препятствием для психотерапевтической работы с пациентами.

Сегодня специалисты едины во мнении, что при лечении таких пациентов следует избегать бездумного назначения седативных препаратов для купирования любых проявлений тревоги и депрессии. Анксиолитики и антидепрессанты должны применяться либо как адъюванты в комплексе терапии болевого синдрома, либо при изменении личности, связанном с органическим поражением головного мозга. Основным методом лечения психологических проблем пациента должна является доверительная клиническая беседа, во время которой, бережно задавая наводящие вопросы, мы предоставляем человеку возможность рассказать о причинах его тревоги своими словами, является сугубо человеческим способом размывания стрессовой ситуации и облегчения внутреннего напряжения. Внимание к этим

проблемам может помочь значительно больше, чем лекарства.

По нашим наблюдениям, при различных психологических расстройствах, проявляющихся в виде дефензивных переживаний, следует применять адаптированные методы психотерапии, направленные на обретение духовной и мировоззренческой опоры, преодоление страха смерти. Такая психотерапевтическая коррекция приводит к серьезному улучшению качества жизни пациентов с распространенными злокачественными новообразованиями.

Исследование особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы

Долгова М.В., к.п.н., ДВГУ, доцент кафедры психологии,
Невожай В.И., д.м.н., профессор, ВГМУ, заведующий кафедры онкологии,
Курьян Л.А., ДВГУ, студент магистратуры, Владивосток

В последнее время увеличивается потребность в работах в области онкопсихологии в связи с неуклонным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями. В России ежегодно выявляется около 450 тысяч онкологических больных, из которых рак молочной железы занимает первое место[1].

В связи с особенностью оперативного вмешательства (а именно мастэктомии), диагноз рак молочной железы (РМЖ) является мощнейшим стрессовым фактором, и нередко рассматривается женщиной не только как физическое заболевание, но и как эмоциональная катастрофа, нарушающая функционирование человека как личности, меняющая представления о собственном теле[2]. Современные исследования в данной области дают основания предположить, что женщины с РМЖ имеют особые механизмы психологической защиты[3].

---

[1] Яшинский, Р.Д. Рак молочной железы: статистика как зеркало психологии. М., 2006.

[2] Януц, Н.П. Особенности психотерапевтической работы с женщинами после мастэктомии. Материалы съезда ассоциации онкопсихологов, 2009.

[3] Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое

Для достижения поставленной цели, было проведено эмпирическое исследование женщин с диагнозом РМЖ, после оперативного вмешательства, в возрасте от 45 до 65 лет (30 человек). Контрольную группу составили женщины с заболеваниями иной специфики, после оперативного вмешательства, в возрасте от 45 до 65 лет (30 человек). Исследование проводилось в больницах г. Владивостока. Были выбраны следующие методики диагностики: методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты Бойко В.В.[4] и Торонтская алекситимическая шкала[5].

Анализ доминирующей стратегии психологической защиты по методике Бойко у женщин с РМЖ и у женщин с заболеванием другой специфики не показал статистически значимой разницы. Однако в обеих группах можно увидеть качественную специфику, которую необходимо учитывать в терапевтической работе: у женщин с РМЖ (50%) и у женщин с другими диагнозами (54%) превалирует избегание, как стратегия психологической защиты.

руководство - М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – С 94.

[4] Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара, 2001. - С.281.

[5] Ересько Д.Б., Карвасарский Б.Д. и др. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах. Санкт-Петербург. 2005 –11с.

Таблица 1. Типы доминирующих стратегий психологической защиты в группе обследуемых женщин

Типы доминирующих стратегий психологической защиты	Женщины с РМЖ	Женщины с болезнью другой специфики
	%	%
Миролюбие	30%	27%
Миролюбие/ избегание	10%	3%
Избегание	50%	54%
Избегание/агрессия	3%	3%
Агрессия	7%	13%

Анализ данных, полученных по методике Торонтская алекситимическая шкала и обработанных с помощью углового преобразования Фишера, показал, что у женщин с РМЖ преобладает алекситимия как механизм психологической защиты в сравнении с женщинами с другими диагнозами. Полученное эмпирическое значение находится в «зоне неопределенности» ($F_{эмп}$= 1,662, $F_{кр}$ = 2.31 ($p \leq 0,01$); 1,64 ($p \leq 0,05$), $F_{эмп} > F_{кр}$ для $\rho \leq 0,05$).

Таблица 2. Типы личности по уровню алекситимии в группах обследуемых женщин

Типы личности по уровню алекситимии	Женщины с РМЖ	Женщины с болезнью другой специфики		
	%	Количество человек	%	Количество человек
Алекситимический тип	43%	13	23%	7
Неалекситимический тип	27%	8	23%	7
Группа риска	30%	9	54%	16

Качественный анализ данных показал, что алекситимия является распространенным нарушением эмоциональных процессов у женщин с РМЖ (43%), и большой процент составляют женщины группы риска (30%).

Возможно под воздействием «двойной психической травмы» - постановки онкологического диагноза и необходимости удаления молочной железы (мастэктомии), у части женщин с диагнозом РМЖ из группы риска по алекситимии, произошло смещение защитных реакций в сторону алекситимического типа.

Исследование показало, что женщины с диагнозом РМЖ имеют особенности в механизмах психологических защит, а именно: преобладание избегания и алекситимии, как механизмов психологических защит.

Таким образом, психологическое сопровождение женщин с РМЖ должно включать работу в следующих направлениях:

- Работа с принятием собственных эмоций;
- Коррекция алекситимии;
- Расширение спектра стратегий реагирования на стрессовые ситуации;
- Работа с принятием изменений схемы тела после мастэктомии;
- Повышение коммуникативных навыков;
- Расширение спектра возможных деятельностей с учетом изменений физических возможностей.

Полученные результаты можно использовать при работе с женщинами, имеющими онкологическое заболевание молочной железы и перенесшими мастэктомию. Знание и учет особенностей психологических защит, поможет при построении стратегии психологической поддержки этой категории больных.

Профессиональная позиция психолога при оказании психологической помощи онкологическим больным

Чулкова В.А, Пестерева Е.В.
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Росмедсоцразвития, ФБГУ «РНЦРХТ» Росмедсоцразвития, Санкт-Петербург

В настоящее время в нашей стране увеличивается число психологов, работающих в онкологических центрах. Мы считаем важным выделить некоторые основные моменты профессиональной позиции психолога,

работающего в онкологии.

Нередко наблюдаются две крайние позиции психологов, занимающихся помощью онкологическому больному: психолог, который «рвется» поговорить с больным о смерти, и психолог, который боится подойти к больному. И та, и другая позиции опасны для больного, которого можно травмировать как смелостью и «всезнайством», так и тревогой и страхом. Эти позиции чреваты опасностью также и для психолога, так как они свидетельствуют о существовании неосознанных проблем, которые он пытается решить за счет больных. Интерес к тяжело больным, иногда переходящий в любопытство, так же как и дистанцирование от них, связан с проблемой страха собственной смерти. В данном случае психологу нужно иметь смелость соприкоснуться с этой проблемой в себе.

Особое место занимают психологи, в семьях которых есть или был онкологический больной. У них возникает ложное впечатление, что они «знают» как работать, так как имеют «опыт». Подчас они стремятся работать с онкологическими пациентами. В принципе это возможно, но тогда, когда переживания, вызванные болезнью, а, может быть, к сожалению, и смертью близкого человека, они переработают и превратят их из опыта личного горевания в профессиональный опыт.

Что помогает психологу избежать выше указанных крайностей и оставаться адекватным в ситуации взаимодействия с онкологическим больным? Мера осознания ответственности психолога при оказании психологической помощи онкологическому больному. Ответственность психолога в работе проявляется в создании безопасного пространства. Психолог не может «исправить» чувства больного, вылечить его, но может создать условия, в которых больной способен страдать, открыто выражать чувства независимо от того, какие они и на кого направлены. В терапевтическом пространстве больной может выражать страх по поводу заболевания, своего прошлого и будущего, говорить о суициде, делиться самыми «бредовыми» идеями по поводу причин собственного заболевания и застарелыми обидами. Наконец, больной может соприкоснуться с экзистенциальными проблемами и рискнуть «отправиться в путешествие» в глубины своего «Я». Создание такого пространства предполагает не только профессиональную ответственность, но и определенные требования к личности психолога: необходимо отслеживать собственные чувства и сверяться с ними, осознавать свои мотивы и потребности (почему я выбрал работу с онкологическими больными, какие потребности я реализую в этой

деятельности), экзистенциальные проблемы. Честные ответы самому себе на эти вопросы и возможность размышлять над данными проблемами позволяет психологу соответствовать своей подлинности. В пространстве взаимодействия психолог и онкологический больной не находятся в равных позициях: у них разные жизненные ситуации, но вместе с тем они одинаково открыты новому опыту. При этом психолог «обогащается» не за счет пациента, а в результате своей внутренней работы.

Сегодня в нашей стране нет системы организации психологической помощи онкологическим больным, скорее она носит случайный характер. Возможности психолога в онкологии не определены, его профессиональное место и функциональные обязанности нередко зависят от видения и понимания психологических проблем больных администрацией клиники. Работа психолога в онкологическом учреждении, к сожалению, воспринимается не с профессиональной позиции клинического психолога, а с позиции его энтузиазма, доброго отношения к больным.

Осознание психологом своей профессиональной позиции позволяет ему эффективно оказывать психологическую помощь больному, а также способствует формированию адекватного восприятия психолога в онкологических учреждениях.

Модель психологической помощи больному в ситуации онкологического заболевания

Чулкова В.А., Пестерева Е.В.
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Росмедсоцразвития, ФГБУ «РНЦРХТ» Росмедсоцразвития, Санкт-Петербург

Ситуация онкологического заболевания может рассматриваться как экстремальная или как кризисная. В зависимости от того, как переживает больной ситуацию заболевания, различна психологическая помощь.

Мы предлагаем трехфазную модель в работе с онкологическим пациентом. Деление на фазы условно, и время, необходимое на проживание каждой, индивидуально. Необходимо принять во внимание, что эти фазы не соответствуют этапам течения заболевания.

1 фаза. Психологическая задача больного - принятия болезни. Это в первую очередь касается больных, которые отрицают болезнь. Их жесткая психологическая защита в виде отрицания позволяет снижать напряжение, и

сильных чувств в отношении заболевания они не испытывают. В некоторых случаях психологическая защита начинает давать «сбой» и больные, отрицая болезнь, могут обратиться к психологу по поводу каких-то симптомов или с проблемами, напрямую не связанными с заболеванием. Психолог работает с тем, с чем к нему обратился пациент. И иногда в безопасных условиях терапевтического пространства в процессе работы над симптомом или проблемой может произойти принятие факта заболевания.

Гораздо чаще за помощью обращаются пациенты, информированные о заболевании и испытывающие в этой связи сильные чувства. Создание условий для проявления и выражения сильных чувств, вызванных ситуацией заболевания, позволяет снизить психоэмоциональное напряжение, уменьшить хаос в душе больного. В это время возможно и нужно обращение к подробностям, фактам, связанным с болезнью. При этом используются навыки активного слушания, элементы релаксации, техники арт-терапии, гештальт-терапии. В процессе переживания происходит принятие ситуации болезни не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне. Эмоциональное напряжение больных на этой фазе снижается, им психологически становится легче – появляется осознание и готовность лечиться.

2 фаза. Психологическая задача больного – адаптация к заболеванию. У больного появилась новая идентичность – «я – больной», возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в какой это возможно. Больной интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в лечении. В это время возможно использование таких терапевтических техник как релаксация, визуализация, направленное воображение, телесная терапия, групповая работа, эффективны группы самопомощи. В результате пациент обучается контролировать свое состояние и настроение в ситуации болезни, получает возможность обратиться к затаенным чувствам, обнаружить свои внутренние ресурсы. Больной приобретает новый опыт, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации.

Для больных, переживающих ситуацию заболевания как экстремальную, обычно на 2 фазе заканчивается работа с психологом.

3 фаза. Психологическая задача больного - изменение и реконструкция личности. Психологическая работа, направленная на самоизменение, личностный рост, реконструкцию личности больного, является наиболее длительной и разнообразной по содержанию. Психолог может использовать

разнообразные техники – арт-терапию, ведение дневника, внутренний диалог, библиотерапию, нарративную терапию – все, что позволяет человеку развиваться, способствует его личностному росту. С чего бы ни началась работа: с работы с телом, с осознания конечности жизни, построения новых отношений – больной через обращение к аутентичности приходит к новой личностной интеграции.

Описанная модель в большей степени соответствует психологическим потребностям онкологического больного, что, в свою очередь, отвечает задачам психологической реабилитации и формирует психологические факторы, влияющие на качество жизни пациента.

Об организации и работе научно-практического семинара по психологическим проблемам в онкологии

Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ушакова О.В., Богданова Е.И., Вагайцева М.В.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Сегодня в нашей стране онкопсихология находится на этапе становления. Практикующий психолог нередко оказывается один на один с необходимостью определения функциональных обязанностей и своего профессионального места во врачебной среде. Он сталкивается с такими переживаниями и психологическими проблемами онкологических больных, которые окружающим не всегда могут быть понятны. Кроме того, в ситуации онкологического заболевания у психолога актуализируются собственные личные и экзистенциальные проблемы, на которые необходимо обращать внимание. Коллеги психологи, являющиеся успешными консультантами в других областях, к сожалению, нередко имеют предвзятое отношение к онкопсихологу как «очень мужественному человеку» и, тем самым, отчуждаются от сильных переживаний, связанных с онкологическим заболеванием. Вместе с тем, опытные онкопсихологи подчеркивают важность и необходимое условие в работе с онкологическим пациентом не только мужество (в понимании П.Тиллиха), но и чувствительность к боли, сострадание и эмпатию.

В связи с вышеуказанным, на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций (факультет психологии СПбГУ) в конце 2010г. был организован постоянно действующий научно-практический семинар по психологическим проблемам в онкологии. Ведущая семинара - доцент

указанной кафедры, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, В.А. Чулкова.

Целью организации научно-практического семинара является объединение и поддержка психологов, работающих в различных онкологических учреждениях Петербурга, повышение их профессиональной компетентности, а также формирование адекватного представления об онкологических больных и работе с ними и их родственниками у психологов, которые не работают в онкологии.

Семинары проводятся в форме сообщения (доклада) с дальнейшим обсуждением и в формате круглого стола. К настоящему времени проведено 17 семинаров, на которых рассматривались следующие темы: «Актуальность организации научно-практического семинара по психологическим вопросам онкологии. Определение цели и задач семинара», «Проблемы профессиональной психологической помощи онкологическим больным», «Психологические ресурсы преодоления кризисных ситуаций», «Психологическая помощь онкологическим больным», «Опыт работы с семьями детей с онкологическими заболеваниями», «Литературный текст как инструмент совладания», «О проблеме спонтанного излечения от рака», «О III съезде онкопсихологов России, проходившем в Москве в августе 2011г.», «Организация и работа Центра психологической помощи онкологическим больным «Второе дыхание» в СПб», «Социально-психологическая помощь больным детям и их родителям в Детском хосписе СПб», «Психология помогающего поведения», «Стресс: современный подход», «Принятие болезни онкологическим больным», «Научный подход к методу визуализации как психотерапии онкологических больных», «Биологическая обратная связь как метод инструментальной визуализации и коррекции физиологических состояний и функций», «Использование визуализации в работе с онкологическими больными», «Молекулярные механизмы рака», «Уроки эмбриона».

С докладами-сообщениями выступали участники семинара и профессора университета - д.психол.н. В.Н. Куницина, д.мед.н. В.А. Абабков д.культурологии О.И. Даниленко, профессор НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова – д.мед.н. Е.Н. Имянитов, практикующие психологи из различных учреждений города (НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Института психотерапии и консультирования «Гармония», НИИ радиологии «РНЦРХТ», Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой и др.). Планируется публикация материалов семинара.

Семинар вызывает интерес не только у психологов, работающих в онкологии, но и у студентов факультета психологии и практикующих психологов города, работающих в различных направлениях психологической помощи.

Мы считаем, что данная форма объединения психологов отвечает их профессиональным потребностям и способствует развитию онкопсихологии. Опыт этой работы может быть использован в других подобных семинарах по онкопсихологии.

Психологическая помощь в хосписе (на примере Хосписа№1, Санкт-Петербург)

Вагайцева М. В., Санкт-Петербург, Хоспис№1, медицинский психолог, АНО "ЦСПП "Второе дыхание", исполнительный директор

Онкологическое заболевание вызывает чрезвычайное психоэмоциональное напряжение у заболевшего человека. В Хоспис поступают онкологические больные на терминальной стадии заболевания, в ситуации экстремального психоэмоционального напряжения перед лицом смерти.

Основной задачей онкопсихолога является понижение психоэмоционального напряжения онкологического пациента и его ближайшего окружения – родственников, персонала медицинского учреждения, в котором находится пациент. Повышенное психоэмоциональное напряжение является фактором, снижающим качество жизни человека вне зависимости от наличия какого-либо заболевания. Во всем мире врачи признают, что факт повышенного психоэмоционального напряжения затрудняет процесс выздоровления.

Может возникнуть вопрос: зачем снижать психоэмоциональное напряжение там, где выздоровление уже невозможно? Может быть, вполне достаточно облегчить физическую боль пациента? Когда физическая боль отступает, остаются переживания страха, одиночества, обиды, растерянности, гнева. Негативные переживания пациента порождают у родственников чувство вины, у медицинских работников профессиональное выгорание. Существуют методы психологической коррекции в ситуации онкологического заболевания, позволяющие поддерживать онкологических больных, их родственников, осуществлять профилактику профессионального выгорания медицинских

работников хосписа.

Пациенты и члены их семей чаще запрашивают экстренную помощь, реже обращаются за продолжительной терапией. При снижении психоэмоционального напряжения выявляется задача принятия пациентом своего заболевания, переход к стадии адаптации к существующей ситуации пациента и его родственников.

Второй задачей сопровождения психолога Хосписа является «Приятие». Больные стараются подавлять свои эмоции, не говорить о своих страхах. Задача онкопсихолога быть готовым выслушать все, что обычно пугает окружающих.

Третья задача онкопсихолога - предоставлять информацию об особенностях общения с пациентом в терминальной стадии онкологического заболевания родственникам больных. Качество жизни родственников онкопациента после его смерти зависит от степени принятия неизбежности самой смерти.

В терминальной стадии онкологический больной может нуждаться в обсуждении экзистенциальных вопросов. Вопросы смысла жизни так или иначе встают перед лицом человека, осознающего приближение собственной смерти. Работа в экзистенциальном направлении складывается при условии, что пациент сильная личность. Чаще работа онкопсихолога в хосписе сводится к сопровождению больного, присутствию, способности находится рядом, работе с родственниками.

Психологическая поддержка и предоставление психологической разгрузки медицинскому персоналу также входит в задачи медицинского психолога Хосписа№1. По запросу проводятся сеансы песочной терапии, индивидуальные консультации персонала Ежедневно проводится сеанс релаксации в специально оборудованном для этого помещении.

Мастерская «Эриксоновский гипноз в помощи онкобольным»

Носова Елена Федоровна, к.п.н., клинический психолог,
действительный член ОППЛ, Видное, МО

Рак – многофакторное заболевание, имеющие свои биологические, психические (когнитивно-эмоциональные, духовные), социальные (семейные, экономико-политические) предпосылки. Своевременная психотерапевтическая помощь онкобольным увеличивает продолжительность их жизни, способствует устойчивой ремиссии и реабилитации [1,3,4,5,6].

В этой статье речь пойдет о методиках краткосрочной психотерапевтической помощи онкологическим больным и выздоравливающим в традициях эриксоновского гипноза, представленным на мастерской, проведенной мною в рамках IV Всероссийского Съезда онкопсихологов.

На данный момент продолжаются дискуссии между учеными и практиками в области психотерапевтической помощи онкобольным по спорным вопросам о том, как именно «работает» гипноз, чем обусловлены случаи эффективной помощи пациентам, какова сравнительная эффективность эриксоновской гипнотерапии и других терапевтических подходов (психодрама, символдрама, и др.). Тем не менее, методики эриксоновской гипнотерапии показывают свою эффективность в качестве «скорой психологической помощи» пациенту, способствующей уменьшению боли, прекращению воспалительных процессов, активации процессов самовосстановления организма [2,3].

Для проведения сессий с пациентами в этом ключе психотерапевту, кроме общей психотерапевтической подготовки, требуются базовые навыки наведения транса, а также общая осведомленность о теории гипноза [2]. Необходимо также до начала наведения транса провести пробу способности пациента к визуализации: на фоне мышечной релаксации предложить представить какой-либо образ, например - цветок. Если опыт удачный – можно, по согласованию с пациентом, применить эриксоновскую гипнотерапию, а также методики работы с активным воображением [4].

Ресурсный транс «Безусловная любовь» можно использовать уже на первой терапевтической встрече. После установления раппорта и наведения транса средней глубины, придерживайтесь следующей структуры методики:

1. Попросите пациента найти в своей жизни опыт безусловной любви (к ребенку, взрослому, собаке, природе – подойдет любой объект) и

маркировать, где в теле локализовано это переживание. А также представить образ того, как безусловная любовь проявляется вовне (как розовый теплый свет, или серебристый холодный, к примеру).

2. Предложите пациенту сфокусироваться на этом состоянии-переживании, направив визуально всю эту любовь на больной орган (здесь возможны варианты – на внутреннего ребенка, на свою душу, на всего себя целиком). Дайте достаточно времени на выполнение этих внутренних действий, чтобы образ больного места изменился в сторону выздоровления.
3. Проведите постгипнотическое внушение продолжения процесса исцеления: «Это действие любви будет продолжаться и дальше, когда Вы выйдете из транса». Получите информацию о том, изменился ли образ больного органа в тебе в сторону выздоровления.
4. Дайте установку на амнезию содержания транса.
5. Выведите пациента из транса и получите обратную связь о его опыте. Допустимо поделиться своими переживаниями, возникшими в этом процессе, если пациент хочет о них услышать.
6. После проведения транса предложите пациенту выполнять это упражнение самостоятельно и ежедневно.

Транс под названием «Самоисцеление» способствует нормализации структуры белка и устранению клеточной усталости, активируя восстановление организма на внутриклеточном уровне [3]. Используйте его на следующей сессии, когда терапевтический альянс психотерапевта и пациента углубится. В наведении этого транса придерживайтесь следующих этапов:

1. Проведите небольшую беседу с пациентом о том, что, по последним данным науки, на внутриклеточном уровне и еще глубже – уровне ДНК, содержится информация о нашем здоровом внутреннем устройстве (от строения белков, внутриклеточных структур - до тканей, органов и их систем), которую важно активировать.
2. Постепенно погружая пациента в транс, проведите процедуру диссоциации - когда одна часть его сознания отправляется в ресурсное место (на берег моря, к волнам, на близость к которым большинство людей отвечают релаксацией), а вторая - визуально направляется «в космос». С момента «подъема» можно ввести левитацию руки с целью углубления транса.
3. Проведите параллель между созвездиями в космосе и созвездия

ми-молекулами, из которых состоят и ДНК, и структуры клетки, такни, органы, системы органов.

4. Предложите пациенту визуализировать, как он «зачерпывает» энергию звезд и привносит эти новые силы в созвездия молекул тела для создания новых, здоровых структур и органов.
5. Акцентируйте внимание на том, что этот процесс насыщения энергией будет длиться столько, сколько необходимо для выздоровления и исцеления и предложите пациента постепенно вернуться обратно на нашу планету.
6. Далее задайте установку на внутриклеточное изменение - активацию процесса отдыха и восстановления белков, белковых молекул, клеток и более крупных структур.
7. Дайте установку на забывание содержания транса.
8. Мягко выведите пациента из транса и получите обратную связь о его самочувствии и переживаниях. Как и в прежнем случае, допустимо поделиться своими переживаниями, связанными с сессией, если пациент хочет о них услышать.

Существуют и другие сценарии построения транса, полезные в работе с онкопациентами разных стадий выздоровления («Разговор с симптомом», «Снятие боли», и др.). Все они подходят для индивидуальных сессий и синергетически сочетаются с процедурами самопомощи, описанными в работе К. и С. Саймонтон [4], которым необходимо обучить пациента.

К минусам суггестивных методов психотерапии часто относят их «таблеточный» характер, удовлетворяющий потребность пациента в помощи извне, но не стимулирующий его напрямую принять ответственность за свое здоровье. Развитие ответственного поведения можно рассматривать в качестве цели следующего этапа работы с выздоравливающим пациентом, направленного на профилактику рецидива и развитие личности.

Любая психотерапия, безусловно, не заменяет традиционных медицинских стратегий лечения, как и духовной помощи в рамках религиозной конфессии пациента.

Литература:

1. Армстронг Л. Возвращение к жизни: о спорте и победе над раком. М.: Альпина Нон-фикшн, 2009 г.
2. Гордеев М.Н. Гипноз. Практическое руководство. М.: Издательство Института Психотерапии, 2005.

3. Гордеев М.Н. Семинар «Эриксоновская терапия психосоматических расстройств, тяжелых соматических заболеваний и онкологии».
4. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001.
5. Серван-Шрейбер Д. Антирак. М.: Рипол классик, 2012.
6. Психодрама: вдохновение и техника. / Под ред. П. Холмса и М. Карп. - М.: Класс, 1997
7. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001.

Релаксация с элементами йоготерапии в работе с онкологическими пациентами

Горожанина Наталия Евгеньевна
АНО «Проект СО-действие», психолог, Москва

Релаксация *(лат. relaxatio — ослабление напряжения)* - состояние покоя, расслабленности различной степени длительности.

Известно, что состояние постоянного стресса является одним из факторов, способствующих возникновению и развитию онкологических заболеваний, а наличие онкологического заболевания само по себе является крайне стрессовым фактором. Таким образом, онкопациенты автоматически попадают в замкнутый круг или ловушку, вырваться из которой без помощи специальных техник может быть чрезвычайно непросто. Безусловно, релаксационные методики нацелены в первую очередь на снятие стресса и не могут претендовать на звание панацеи в борьбе с онкологическими заболеваниями. Хотя, если говорить о соматическом воздействии релаксационных техник на организм, можно отметить следующие благоприятные действия:

- уменьшение сердцебиения;
- понижение кровяного давления;
- нормализация дыхания;
- снижение потребности в кислороде;
- увеличение кровоснабжения основных групп мышц;
- уменьшение мышечного напряжения;
- снятие физических симптомов стресса, таких так головная боль и боль в спине;
- улучшение настроения;

● повышение концентрации внимания.

Таким образом, релаксационное воздействие – это комплексное воздействие на пациента, как на его психический аппарат, так и на его физиологические процессы.

Под психофизиологическими техниками релаксации понимаются методы расслабления мышц посредством упражнений. Для применения данных техник важны удобные условия: отсутствие яркого света, комфортная температура, удобная одежда, отсутствие мешающих шумов и других раздражителей.

Йо́га (происходит от санскритского корня *йодж* или *йудж* - «гармония», «обуздание», «соединение», «единение», «связь», «союз») — понятие в индийской культуре, в широком смысле означающее совокупность различных духовных, психических и физических практик, нацеленных на управление психическими и физиологическими функциями организма с целью достижения индивидуумом возвышенного духовного и психического состояния.

В своей работе я хочу рассказать о возможном использовании некоторых медитативных техник из йоги в качестве релаксационных упражнений для работы с онкологическими пациентами.

Некоторые упражнения йоги уже легли в основу многих релаксационных техник. Так, в частности, в основе Абдоминального дыхания лежит практика дыхания Уджая пранайама из классической хатха-йоги.

Я хочу остановиться на двух основных медитативных техниках классической йоги, которые могут являться ценным инструментом в релаксационной работе с пациентом.

Дыхание Уджая пранаяма.

Это самое главное дыхание в практиках йоги. Оно направлено на тренировку концентрации внимания, также это дыхание позволяет максимально снять психическое и телесное напряжение.

Техника.

Необходимо сесть в удобной позе, при этом тело должно быть расслаблено, а спина прямая, на спинку облокачиваться не надо. Делаем циклы глубоких вдохов и растянутых выдохов с закрытыми глазами. На вдохе сначала увеличивается живот, затем плавно поднимается грудная клетка, что позволяет задействовать диафрагму и вдохнуть максимально глубоко. На выдохе сначала плавно опускается грудная клетка, затем втягивается живот. Вдохи и выдохи должны быть примерно в равных долях, важно обратить

внимание, чтобы выдох был не короче вдоха. Дыхание очень медленное, плавное. Вдохи перетекают в выдохи и обратно без задержек, грудная клетка и живот движутся волнообразно. В идеале вдохи и выдохи должны составлять по 8 и более секунд. Концентрация внимания на дыхании.

Со временем можно подключить визуализацию. Представляем, что с каждым вдохом наше тело максимально раздувается (до размера комнаты, города, планеты, вселенной), на выдохе – максимально сужается (до размера молекулы, атома, точки).

Практиковать дыхание Уджая необходимо каждый день хотя бы по 3-5 минут, со временем постепенно увеличивая время для практики. При этом очень важно на протяжении всего времени удерживать концентрацию внимания на процессе дыхания.

Это дыхание особенно показано к применению в стрессовых ситуациях, при панических атаках, повышенном уровне тревожности и высокой нервной возбудимости. Позволяет максимально быстро успокоиться и расслабиться, а со временем развить умение контролировать свои мысли и эмоциональное состояние.

Шавасана.

Позволяет максимально расслабиться и отвлечься от внешних раздражителей и мыслей, что приводит к глубокому отдыху и восстановлению нервной системы.

Техника.

Лучше всего делать на полу. Необходимо лечь на спину, ноги и руки слегка раскинуть по сторонам, руки ладонями вверх. Дыхание классическое.

Постепенно расслабляем все тело, двигаясь от кончиков пальцев ног до макушки головы. Очень важно расслабиться максимально, насколько это возможно, для этого необходимо вниманием «пройтись» по всему телу. На одно расслабление может в первое время уходить до 10 и более минут, со временем при регулярных практиках пациент научится расслабляться значительно быстрее. После достижения расслабления важно отказаться от концентрации внимания и сознательно постараться «очистить» голову от мыслей. Наша цель – достичь пограничного состояния между глубоким сном и ясностью сознания. Можно представить, как тело постепенно растворяется в пространстве и исчезает, а вслед за телом растворяется ум, мысли, остается только состояние осознанности. В процессе регулярных длительных практик можно научиться легко достигать состояния максимального расслабления и замедления всех физиологических процессов, как при глубоком сне, и при

этом сохранять абсолютную ясность сознания.

Практиковать Шавасану необходимо каждый день от 10 минут и более. В процессе регулярных практик достигаются следующие результаты:

1. Развивается контроль над телом и эмоциями и поддерживается естественная гармония между телом и сознанием.
2. Повышается осознанность.
3. Развивается также внутреннее спокойствие и устойчивость к стрессам.
4. Развивается навык отвлечения чувств от воспринимаемых объектов, что делает процесс концентрации и медитации более лёгким.
5. Наблюдается облегчение болевого синдрома.

Уджая пранайама и Шавасана крайне необходимо использовать именно в комплексной практике для целостного воздействия на психику.

Таким образом, при регулярном выполнении подобных несложных упражнений можно научить пациента справляться со стрессом и существенно повысить умение концентрироваться, в том числе и в домашних условиях. Как следствие, это приводит к повышению стрессоустойчивости в целом и умению пациента брать под контроль собственное эмоциональное состояние, что является отличной профилактикой депрессивных состояний.

Холодинамика как средство раскрытия духовных ценностей человека: любви, мудрости, принятия, смирения, заботы

Икорский Алексей Анатольевич
Духовно-психологический центр «Восхождение», психолог, Москва;
Хоспис №6, социальный работник, Москва, Зеленоград.

Онкологический диагноз, как правило, поднимает перед человеком целый ряд экзистенциальных проблем: страх, вина, отчаяние, претензии и пр. Они связаны с реальной возможностью смерти и крушением эго-установок, стереотипов, опирающихся на повседневное постоянство. Это разрушение призвано обрести более глубокие, непреходящие, духовные ценности. В этом видится смысл смерти, её уроки: принятие ситуации, завершение незаконченных дел, освобождение от привязанностей, забота о наследии, постижение смысла жизни и многие другие. В целом этот процесс можно описать, как возвращение от ложного Я к своей истинной, целостной природе. Чем быстрее происходит такой процесс, тем меньше психологических

осложнений лечения болезни.

Именно в восстановлении своей целостности заключается главная цель холодинамики, дословно – движение целого.

Холодинамика это специальная технология раскрытия потенциала личности, за счет активации лучших качеств и трансформации ограничивающих стереотипов, установок. Методика (автор – амер. психолог, физик Вернон Вульф), представляет собой синтез разных психотерапевтических подходов, но главным образом опирается на глубинную психологию К.Г. Юнга. В холодинамике реализуется прямой диалог с бессознательным на языке ощущений, чувств, образов, в результате чего раскрываются глубинные причины сложных жизненных ситуации, происходят важные осознания на принципиальном уровне, меняется отношение человека к происходящему.

Важной особенностью метода является использование в процессе терапии исключительно ресурсов самого клиента, который продвигается ровно настолько, насколько готов в данный момент. Это позволяет не вовлекаться психологу в личную историю подопечного, соблазн чего часто возникает при чрезмерном стремлении помочь больному. Если такое происходит, то это приводит к состояниям, известным как эмоциональное выгорание. Значит, есть бессознательные мотивы, но уже у психолога, идущие из его личной истории, на что необходимо обратить пристальное внимание.

По форме работы это напоминает сказочное путешествие во внутренний мир человека с помощниками, мудрыми и любящими наставниками в поисках потерянных частей души, несбывшихся грез, забытых сокровищ.

Исследование интенсивности переживаемого стресса, стиля совладания со стрессом и преобладающих механизмов защиты у онкологических больных

Голобокова Е.С., Бишарова Г.И.
Государственное Учреждение Здравоохранения «Краевой Детский Консультативно Диагностический Центр», психолог, Чита

Актуальность. Резкое увеличение числа онкологических заболеваний в последние десятилетия стало актуальной и значимой проблемой для системы здравоохранения. Вопросы лечения и клинико-психологического сопровождения онкологических больных привлекают в настоящее время внимание все большего числа специалистов различного профиля.

Онкологические заболевания относят к числу сильнейших травматических стрессоров, которые приводят не только к функциональным и органическим нарушениям, но ставят перед больными сложные психологические проблемы. Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является стресс и его преодоление. Диагноз “рак” или просто госпитализация является сильнейшей психологической травмой для любого человека. Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Госпитализация, отрыв от привычного окружения, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, потеря социального статуса, угроза смерти – разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни (Тхостов, 1980; Чулкова 1999; Ворона, 2005).

Пациенты и методы. Исследование, проводилось на базе Областного Онкологического диспансера г. Читы, было обследовано 30 пациентов химиотерапевтического отделения, проходивших лечение по поводу злокачественных новообразований различной локализации (рак молочной железы, рак шейки матки, мезопелиома плевры справа, рак яичников, лимфогранулемотоз, рак желудка).

В комплекс методик входили:

1. Шкала оценки влияния травматического события (Horowitz, Wilner & al, 1979).
2. Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List-90-Revised).
3. Опросник копинг-поведения в стрессовых ситуациях (Т.А. Крюкова, 2005).

4. Опросник Келлермана-Плутчика для исследования защитных механизмов (R. Plutchik, H. Conte, 1989).
5. Шкала базисных убеждений, ШБУ (World Assumption Scale, WAS, Падун М.А., 2003).

Обсуждение результатов. Исследование психологических защит в структуре переживания последствий онкологического заболевания показало, что наиболее часто используемыми механизмами является рационализация и проекция. Так у 26-ти испытуемых (86,6%) преобладающим механизмом был выявлен механизм рационализации. Вероятно, с помощью рационализации больные бессознательно пытаются контролировать собственные эмоции, побуждения и понять причины и суть происходящего с ними (как ситуацию болезни, так и ситуацию «себя в болезни»). У 18 человек из выборки (60%) одним из ведущих защитных механизмов является механизм проекции. В этих случаях можно отметить меньшую рефлексию своего состояния больными и приписывание собственных не признаваемых мыслей, чувств и мотивов другим людям.

Исследование копинг-стрессовых стратегий (решение задачи, эмоциональное отреагирование, избегание) показало, что преодоление копинга, ориентированного на решение задачи, наблюдается у 17-ти чел. (69%); копинга, ориентированного на избегание травмирующей ситуации, - у 11 чел. (47%); копинга, ориентированного на урегулирование собственным эмоциональным состоянием, - 12 чел. (52%).

Заключение. Данное исследование позволяет выявить взаимосвязь интенсивности переживаемого стресса, стиля совладания со стрессом и преобладающих механизмов защиты у онкологических больных. Переживание стрессовой ситуации, и неадекватное совладание с ними в течение жизни является одной из причин развития онкологической патологии. Депрессия и другие формы реагирования на стресс, подавление противоопухолевого иммунитета являются пусковым механизмом для начала заболевания. В числе сильнейших травм, способных повлечь за собой развитие онкологической патологии исследователи называют такие как смерть родственников, развод, разрыв и разлука с любимым человеком, а также неэффективные и болезненные отношения со значимыми в жизни людьми. Стресс способен влиять на скорость развития опухолевого процесса у заболевшего раком человека, а также на эффективность проводимого лечения. Полученные данные имеют значение для разработки индивидуальных программ реабилитации и психодиагностики онкологических больных, так же

полученные результаты могут быть использованы в рамках элективного курса «клинической психологии».

Учет психологических особенностей, деонтологических и правовых аспектов работы с онкологическими больными при установлении диагноза злокачественного новообразования

Иванов О.А[1]., Сухарев А.Е[2], Крупнов П.А[3]., Ажгалиев Р.Т[4]., Иванова С.П. [5]

1. *д.м.н., врач-онколог ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 3», г.Астрахань;*
2. *д.м.н. врач-онколог ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 4»; г.Астрахань;*
3. *к.м.н., зам. Председателя Правительства Волгоградской области, г.Волгоград;*
4. *главный врач ГБУЗ АО « Городская поликлиника № 3»; г.Астразань,*
5. *ассистент кафедры сестринского дела ФГОУ ВПО « Астраханская государственная медицинская академия», г.Астрахань.*

В представленной работе проанализированы психологические особенности больных с наиболее распространёнными локализациями злокачественных новообразований (ЗНО) в Астраханской области за период с 2007 по 2012 годы, которые следует учитывать в целях оптимального планирования обследования и лечения во взаимосвязи с правовыми аспектами (статья 22 323-ФЗ). Проведён анализ психологических особенностей у 323 больных раком молочной железы (62,8%), ободочной и прямой кишки (24,1%), желудка (6,8%), лёгкого (3,7%) и меланомы кожи (2,6%). Как следует из представленных локализаций ЗНО, большую часть исследуемых составили женщины (81,4%).

Наиболее тяжёлым психологическим моментом для больных ЗНО является этап первичной и уточняющей диагностики у онколога первичного звена общей лечебной сети и в консультативной поликлинике онкологического диспансера, когда информация о впервые установленном диагнозе рака или другого ЗНО вызывает тяжёлую психогенную реакцию.

Ранее, в советском здравоохранении, был неофициальный и негласный запрет врачам сообщать диагноз рака онкологическим больным, который, как показывают собственные наблюдения, оказывался эффективным лишь у небольшой части больных преимущественно с начальными стадиями рака,

которым было проведено радикальное хирургическое лечение, не проводилась лучевая терапия или химиотерапия, и, самое главное, не было прогрессирования опухолевого процесса после радикального лечения.

Только в середине 80 годов (Ю.А. Грицман, 1993) допускалась возможность сообщать диагноз ЗНО индивидуально с учётом психологических особенностей каждого конкретного больного.

Ситуация изменилась в постсоветский период, кода правовые аспекты нового законодательства в здравоохранении пришли в определённое противоречие с существующим среди большей части населения и медицинских работников менталитетом в отношении возможности сообщения пациенту диагноза рака. Были случаи судебных исков пациентов, которым ранее не сообщён диагноз ЗНО, против тех врачей, которые не дали им эту информацию. Существующая в настоящее время 22 статья Федерального закона о здравоохранении «Информация о состоянии здоровья» ставит большинство врачей-онкологов в трудное положение. С одной стороны, она запрещает сообщать информацию о состоянии здоровья против воли пациента, а с другой – обязывает делать это в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, к которым относятся все случаи ЗНО.

Поэтому в целях минимального ущерба психике больного и исключения правовых прецедентов на основе проведённого нами анализа выделены 3 группы пациентов ЗНО, которым с моменту установления диагноза предполагаются радикальные методы специального противоопухолевого лечения.. Первая – самая многочисленная (53,0%), когда пациенты соглашаются на все предлагаемые методы обследования и лечения и не пользуются своим правом информации о состоянии своего здоровья. Возможно, у немалой части больных отказ от своего права получать от лечащего врача информацию о состояния своего здоровья является защитной психологической реакцией и, поэтому, в данном случае, руководствуясь также правовыми нормами, не следует против воли сообщать больному о диагнозе заболевания. Вторая группа пациентов (31,7%) также соглашалась на все предлагаемые методы лечения и обследования, но при этом задавали вопросы и диагнозе и получали информацию в той корректной форме в зависимости от психологических особенностей пациента. Одним больным было достаточно сказать, что есть опухоль, которую надо лечить, и дальнейшие вопросы прекращались. Тем больным, которые задавали вопрос, доброкачественная опухоль, или нет, мы были вынуждены говорить, что опухоль недоброкачественная. Наконец, тем пациентам, которые конкретно задавали

вопрос: «Это рак?», - мы были вынуждены дать полную информацию о диагнозе (или подозрении на него, если процесс обследования не завершён) с письменным отражением этого факта в медицинской документации за подписью врача и больного.

Третьей группе пациентов (15,3%) мы были вынуждены дать полную информацию о диагнозе против их воли в связи с отказом от предлагаемых методов обследования или лечения. При этом 5,3% так и не согласились на предлагаемое обследование и лечение.

У 35,2% тех больных, которым против их воли или по их просьбе сообщён диагноз о наличии ЗНО, отмечены негативные эмоционально-волевые реакции (у женщин чаще слёзы или истерические состояния, у мужчин – депрессия, пристрастие к алкоголю и т.д.), которые приходилось корригировать психотерапевтическими или медикаментозными методами. Самоубийства или суицидальных попыток у данной категории больных не отмечено.

Очень тяжёлая ситуация возникает при выявлении распространённых форм ЗНО, когда радикальное лечение или другие методы специального противоопухолевого лечения провести невозможно. Эта ситуация также возникает при отказе от проведения противоопухолевого лечения в связи с тяжёлым состоянием больного ввиду возраста или сопутствующей патологии.

Психологическая работа с этими больными и их родственниками строго индивидуальна в зависимости от интеллекта, мировоззрения больного, социального положения и многих других факторов. При этом врач не должен навязывать больному своё мировоззрение, но должен знать мировоззрение своего пациента и вести работу с его учётом.

Надежда – как составляющая психологической помощи онкологическим больным

Казанцева Ярослава Григорьевна
КГБУЗ «Онкологический диспансер, клинический психолог, Бийск

Как известно, позитивное отношение к жизни во многом определяет исход любых кризисов, так часто встречаемых и переживаемых каждым человеком. Позитивный взгляд на мир у человека означает его утвердительную ориентацию в жизни и склонность фокусировать внимание на достижениях, счастливом исходе событий, а не на неудачах. Позитивное отношение человека к сложным жизненным ситуациям отражает надежда.

Болезнь - это кризис, это поворотный пункт человеческой судьбы, в котором рушатся сами основы предыдущей жизни, а новой еще не существует, этот кризис требует особого подхода и специфических форм помощи человеку, его переживающему. Оказывая психологическую помощь людям, находящимся в состоянии психологического кризиса, которым является онкологическое заболевание, важно учитывать надежду как потенциальную возможность преодоления кризисного болезненного состояния. Сформированность чувства надежды у человека является определяющим этапом на пути к выздоровлению.

Очень часто заболеванию раком предшествует ощущение безнадежности и беспомощности, а возникновение онкологического заболевания, даже на самых ранних этапах, еще в большей степени усугубляет эти аспекты. Каждый человек, заболевший раком и стремящийся стать здоровым, неизбежно сталкивается с необходимостью пересмотреть свое отношение не только к угрожающей его существованию болезни, но и ко всей жизни в целом, изменив сложившуюся систему взглядов и мировоззрений, чтобы акцентировать те составляющие, которые позволяют, приняв сложившуюся ситуацию, мобилизировать все внутренние ресурсы для борьбы за свою жизнь, за свое будущее. Одним из показателей необходимых изменений для такого человека будет его открытость для надежды. Поэтому выздоровление больного и его надежда на это выздоровление тесно связаны.

Духовный мир человека, важным модусом которого является надежда, выступает в таком случае своеобразном регулятором напряжения, предвосхищая возможные необратимые перепады душевного напряжения, и, по возможности, надёжно блокируя человека от внешних и внутренних разрушающих воздействий.

Иногда надежду определяют как третье измерение, благодаря которому становятся возможны игра и переговоры между неподатливым прошлым и невозможным настоящим, создающее потенциал иного будущего. В двух словах, надежда говорит о возможности. Но представление о зрелой надежде не укладывается в одно слово. Кроме «ключевых элементов» ожидания и веры в возможность изменения положения вещей, зрелая надежда включает также осознание препятствий и трудностей на пути, который проходит пациент.

Таким образом, надежда представляет собой чувство, связанное со способностью личности контролировать и управлять обстоятельствами собственной жизни, и эта способность приобретается в процессе становления личности.

Данные экспериментально-психологического исследования показывают, что пациенты с онкологической патологией и люди, не имеющие каких-либо серьёзных заболеваний, по-разному воспринимают такое понятие, как «надежда». Так, например, доля здоровых испытуемых, отношение которых к надежде положительное, составляет 90%, у 10% из них – отрицательное отношение к надежде; амбивалентного отношения у данных испытуемых не выявлено. Тогда как доля испытуемых с онкологической патологией, положительно относящихся к надежде, составляет 45%, отрицательно относящихся к надежде – 20%. Кроме того, у испытуемых с онкологической патологией выявлено амбивалентное отношение, доля которого составляет 35%, что в свою очередь является признаком погруженности в болезнь.

Полученные данные объясняются следующим: переживание надежды здоровыми испытуемыми носит поверхностный характер, не выражает значимой экзистенциально-смысловой нагрузки; надежда для них ассоциируется с радостью, с необременяющим ожиданием благополучия, с общим позитивным оптимистичным взглядом на жизнь. Тогда как для испытуемых с онкологической патологией, категория надежды приобретает некий особый глубокий смысл. Онкологические больные осознают тяжесть своего заболевания, понимают, что перед ними стоит чрезвычайно сложная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психических проблем.

Прогрессирующее заболевание усиливает отрицательные ощущения больного, возникает неуверенность и страх, он негативно относится к надежде, утрачивает веру в лечение, часто развиваются аффективные реакции, носящие характер выраженной депрессии. Отношение к изучаемой категории

определяется внутренним состоянием человека, его самочувствием: успех в лечение сопровождается повышением уровня надежды, неудачи и ухудшение состояния ведут к его снижению. В связи с этим выделяется так называемое «амбивалентное отношение» к надежде, когда проявление положительного и отрицательного отношения сменяют друг друга, при этом подобные изменения могут происходить по нескольку раз в течение короткого времени (35% испытуемых с онкологической патологией и отсутствие здоровых испытуемых с амбивалентным отношением к надежде).

Значительная часть пациентов все же справляется с возникшими эмоциональными трудностями и, пройдя различные фазы состояний – тревоги, беспокойства, страха, депрессии, достигает той или иной степени адаптации. Поэтому надежда для них - это не просто достижение желаемого благополучия в чем либо, это категория, которая позволяет принять сложившуюся ситуацию, мобилизовав все внутренние ресурсы для борьбы за свою жизнь; которая помогает человеку пройти через трудности, препятствия и боль, наполнив их смыслом. Ставя перед собой цель, и надеясь на ее реализацию, человек чувствует себя вовлеченным в жизнь, и стремится к чему-то, имеющему для него смысл. Не так уж важно, добьется он этого или нет – ведь жизнь приобретает смысл благодаря стремлению к цели, а не благодаря ее конечному достижению. Таким образом, даже в состоянии безнадежности может присутствовать позитивная направленность в будущее, регулирующая человеческое поведение.

Надежда помогает человеку преодолеть трудности в случае возникновения сложной жизненной ситуации, она играет важную роль в достижении человеком определенной цели, направляет человека к этой цели, предоставляя ему энергию и раскрывая перед ним возможности для ее достижения. Поэтому следует помнить, что оказывая психологическую помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, какими и являются онкологические больные, следует учитывать их особенности переживания надежды, так как сформированность чувства надежды оказывает положительное влияние на их общее состояние. В этом заключается актуальность данного вопроса.

Использование метода ментальной самоинспекции (MENSI) в практике медико-психологической помощи онкобольным

Кряжев Михаил Гаврилович
медицинский психолог, ассистент кафедры психиатрии
Казанский государственный медицинский университет, Казань

Многие онкопсихологи используют психоиммунологический подход, разработанный супругами Simonton [3]. Его основные принципы следующие.

1. Работа с воображением имеет определенную структуру. Нужно себе представить: 1) свою болезнь; 2) целительные силы своего организма; 3) то, как целительные силы организма успешно побеждают болезнь.

2. Создаваемые образные представления – это представления о желаемом. Онкобольной должен представлять себя здоровым («снова выздоравливать») в процессе каждой визуализации.

3. Используется направленное произвольное воображение (guided imagery). В инструкции используется глагол «picture» (а не «imagine»), т.е. «представить себе» означает «создать в своём воображении определенную картину». Образ болезни при этом должен быть «слабым», образ целительных сил – «сильным», образ выздоровления – «победным». Не соответствующие этим требованиям образы являются «неправильными», соответствующие же – «приводящими к выздоровлению», и их целесообразно подсказывать больному с самого начала.

Очевидно, что в методике Simonton визуализация используется, по сути, для обслуживания желания больного быть здоровым. Целесообразно же использовать визуализацию более полезным способом, создавая представление не желаемого, а реального status quo. Целесообразно использовать уникальное свойство мысленных образов быть репрезентацией того, что происходит в организме. Поэтому со временем методика Simonton подверглась различным модификациям. Некоторые из них были настолько принципиальны, что их правильнее считать авторскими новыми методиками, для которых методика Simonton является прототипом. Именно такая методика здесь представлена.

Авторскую методику ментальной самоинспекции (MENSI) объединяет с её прототипом только структура работы с воображением. Методика разработана и клинически апробирована в процессе многолетней медико-психологической работы с больными соматического профиля. Отличительная особенность MENSI – использование непроизвольного, связанного с бессознательным воображения. Его целенаправленная стимуляция приводит к возникновению априорно неизвестных больному мысленных образов, при этом специфика визуализации болезни детерминирует специфику визуализации целительных сил. Эти мысленные образы интерпретируются как начало и конец вектора силы воли, которую

больной далее актуализирует, ежедневно создавая (уже с помощью произвольного активного воображения) представление о саногенном воздействии второго образа на первый. При этом больной контролирует содержание и динамику этого представления. Больного инструктируют, что адекватным такое представление будет лишь тогда, когда происходящая в его организме целительная работа будет представлена как достаточно медленная. И если воображение создает нереалистичное представление о наступившем выздоровлении – это (в отличие от методики Simonton) интерпретируется как бесполезная визуализация желаемого и как серьезная угроза для достижения желаемого результата в реальности.

Первоначально методика MENSI была названа методикой психоиммунной коррекции [1]. Дело в том, что при разработке методики был выявлен часто встречающийся феномен «ошибочных» визуализаций. Они могут быть двух видов: 1) когда образ болезни не так уж плох или даже очень хорош; 2) когда образ целительных сил не так уж хорош или даже очень плох. Это соотносится с двум типами ошибок иммунного надзора (S. Burnet): 1-й вид характерен для онкозаболеваний, 2-й вид – для аутоиммунных расстройств. Ошибки нужно корригировать. Коррекция «неправильного» (неотрицательного) образа болезни заключается в его ревизии, а коррекция «неправильного» (неположительного) образа целительных сил – в их реабилитации. Подробно эти процедуры изложены в описании методики [2]. Как можно предположить, она даёт нам уникальную возможность манипулировать иммунным ответом, возможность активации нужной либо же дезактивации ненужной иммунной реактивности. Если это так, то MENSI является не только комплементарным, но также и патогенетическим методом психологического лечебного самовоздействия.

Научной основой метода служит нейропсихология, допускающая возможность активации (до уровня интрацепции) когнитивного цикла, базирующегося на теменном анализаторе головного мозга. Но к ВКФ относится не только gnosia, но также и praxia. Интеграция их в функциональную систему позволяет хотя бы частично контролировать происходящее в своём организме.

Алгоритм методики MENSI характеризуется перерывами между шагами. Это необходимо для того, чтобы желаемый результат был бы получен больным в реальности, а не только в его воображении. Алгоритм следующий:

1. Шаг 1: Визуализация болезни с помощью непроизвольного воображения.
2. Если образ болезни не возник – на следующий день повторить Шаг 1

3. Если образ болезни не плохой – перейти к процедуре «Коррекция образа болезни», после чего на следующий день повторить Шаг 1.
4. Если образ болезни плохой – на следующий день перейти к Шагу 2.
5. Шаг 2: Найти (получить от больного) ответы на два вопроса: «Что «ТАМ» есть плохого?» и «Что «ТАМ» надо сделать?»
6. Шаг 3: Найти (получить от бессознательного) ответ на вопрос: «Кто должен сделать то, что «ТАМ» нужно сделать?»
7. Шаг 4: Визуализация «ТЕХ, КТО» (должен «ТАМ» действовать).
8. Если образ «ТЕХ, КТО» не возник – на следующий день повторить Шаг 4.
9. Если образ «ТЕХ, КТО» не хороший – перейти к процедуре «Коррекция образа «ТЕХ, КТО», после чего на следующий день повторить Шаг 4.
10. Если образ «ТЕХ, КТО» хороший - на следующий день перейти к Шагу 5.
11. Шаг 5: Визуализация инициации лечебного самовоздействия (активация «ТЕХ, КТО» для решения ими задачи «сделать то, что «ТАМ» нужно сделать).
12. Если образ инициации не возник – на следующий день повторить Шаг 5.
13. Если образ инициации возник – на следующий день перейти к Шагу 6.
14. Шаг 6: Визуализация того, как «ТЕ, КТО» делают то, что они должны «ТАМ» сделать (осознавая, что это представление есть намеренное мысленное действие самого больного, который таким способом использует свою волю для активизации своих целительных сил и для решения задачи выздоровления).
15. Если образ процесса не адекватный – на следующий день начать алгоритм заново с Шага 1.
16. Если образ процесса адекватный – на следующий день повторить Шаг 6.

После того, как онкобольной под руководством онкопсихолога пройдет все 16 шагов, он далее занимается самостоятельно. Метафорическое содержание его ежедневных визуализаций есть некоторая «работа» (в отличие от методики Simonton, где таким содержанием является некоторая «победа»).

Опыт применения данного алгоритма в практике психологической помощи онкобольным свидетельствует о его высокой клинической эффективности. Конечно, не каждый онкобольной способен стать активным субъектом своего лечебного процесса, но те, кто на это способен, получают с помощью MENSI возможность большего или меньшего контроля за тем, что с ними происходит.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кряжев М.Г. Опыт и перспектива внедрения метода психоиммунной коррекции в качестве организационной формы медико-психологической помощи / Актуальные вопросы медицинского обслуживания населения города и района. Гусь-Хрустальный, 1996.
2. Кряжев М.Г. Применение клинико-психологической методики ментальной самоинспекции (mental self-inspection, MENSI) при соматических заболеваниях и соматоформных расстройствах. Казань: КГМУ, 2011. Депонирована в ВИНИТИ 26.10.2011 № 472-В2011
3. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (новый взгляд на тяжелые болезни), СПб.: Питер, 1995. Оригинал: Simonton O. C., Simonton S. Getting Well Again. NY, Bantam Books, 1978.

Рак предстательной железы и рак молочной железы: некоторые клинико-психологические параллели

Сагальчик Лидия Михайловна
врач-онкоуролог Минский Городской Клинический Онкологический Диспансер, Минск, Беларусь

Декларация прав пациентов, принятая в Нидерландах в 1991 году провозглашает право пациентов на широкий доступ к информации о медицинских услугах и то, как лучше ими воспользоваться. Более того, граждане имеют право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, преимуществах и недостатках предложенного им лечения, альтернативных методах лечения, последствиях отказа от лечения и т.п.

Человек имеет право на выбор - метода лечения, медицинского учреждения, врача. Но выбор будет осознанным тогда, когда пациент хорошо проинформирован. Право на информацию - одно из основных задекларированных прав. Важно чтобы эту информацию пациенты получали в понятной форме, а не в виде набора специализированных терминов, "расшифровать" которые под силу разве что специалисту-медику.

Медицинское сообщество недооценивает необходимость активного вовлечения пациентов в процесс диагностики, лечения и реабилитации. Как результат, пациенты чувствуют нехватку информации об эффективной и экономически целесообразной медицинской помощи, новых препаратах и методах лечения. Но без информации о реальном состоянии вещей

невозможно строить планы лечения и реабилитации. Ведь именно, он, пациент, несет ответственность за свою жизнь. Конечно, информированный пациент является более требовательным потребителем медицинских услуг. Но это содействует повышению качества работы сферы здравоохранения, более эффективному лечению и лучшим показателям выздоровления. Информированность сохранит многим пациентам здоровье и жизнь - самое ценное, что есть у каждого из нас. (Благотворительный Фонд "Здоровье женщины и планирование семьи", июль 2007)

Рак предстательной железы выходит на одно из первых мест среди онкологических заболеваний у мужчин, что позволяет провести некоторые параллели с раком молочной железы, занимающим первое место по распространенности в структуре женских онкологических заболеваний. При очевидном подобии этих форм онкопатологии по целому ряду параметров: гормонозависимые опухоли репродуктивной системы, опухоли органов, не являющихся жизненно важными, но имеющими прямое отношение к гендерной идентичности человека (и, соответственно, их анатомическая и/или функциональная утрата может нанести этой идентичности глубокую травму), - между ними имеется очень существенное различие: при раке молочной железы не применяется тактика активного наблюдения и/или отсроченного лечения, в то время как при раке предстательной железы этот подход при определенных формах заболевания и в определенных ситуациях на сегодняшний день узаконен и в нашей стране. Учитывая особенности рака предстательной железы, а именно, его полиморфизм (уникальной чертой РПЖ является существование двух форм заболевания: латентной и клинической. Только каждый 10-й случай латентного рака становится болезнью с клиническими симптомами), сегодня существует множество вариантов подхода к его лечению. Выбор метода оказания помощи при РПЖ зависит от формы РПЖ, распространенности опухоли, возраста больного и предполагаемой продолжительности его жизни, сопутствующих заболеваний и, (не в последнюю очередь!), пожеланий пациента относительно предстоящей терапии.

Например, при локализованном РПЖ у пациента, который из-за возраста или сопутствующих заболеваний может прожить менее 10 лет, ему могут порекомендовать избегать активного вмешательства, поскольку в течение данного отрезка времени болезнь не успеет прогрессировать.

Однако возникает вопрос, насколько широкие массы населения осведомлены о том, что ранняя диагностика рака предстательной железы не

только обеспечивает лучшие результаты лечения, но и НЕОБЯЗАТЕЛЬНО сопряжена с калечащим вмешательством в жизнь мужчины, не испытывающего на момент установления диагноза никаких беспокоящих его проблем. Иными словами, насколько обязательно разговор о ранней диагностике РПЖ активирует в массовом сознании ментальную схему: диагностированный РПЖ - калечащее лечение - потеря мужской идентичности с одной стороны, и насколько приемлем для того же массового сознания подход в форме динамического наблюдения при установленном диагнозе рака с другой стороны, не происходит ли при этом активации ментальной схемы рак: отказ от немедленного лечения = ожидание смерти сложа руки (существующие на сегодняшний день формы санитарного просвещения немало сделали для внедрения этой ментальной схемы в массовое сознание).

Сегодня успехи в лечении онкологических заболеваний напрямую зависят от ранней диагностики, но прогресс в онкологии как отрасли медицины в принципе не может обеспечить решения этой проблемы, потому что самая совершенная диагностическая аппаратура и самая утонченная методология мертвы, если человек не обращается за их применением.

Как молочная, так и предстательная железа относятся к органам легко доступной для исследования локализации: пальцевое исследование предстательной железы, так же как и пальпация молочных желез не требует никакого диагностического оборудования и может производиться в рамках рутинного профилактического осмотра. Сдать анализ крови на ПСА, казалось бы, еще проще – это исследование на сегодняшний день широко доступно, недорого и даже, в отличие от ПРИ, не сопряжено ни с каким дискомфортом. Тем не менее, число мужчин в возрасте 45 лет и старше по своей инициативе обращающихся при отсутствии жалоб для профилактического осмотра и/или сдающих анализ крови на ПСА, много меньше, чем хотелось бы врачам-онкологам, которые предпочли бы, чтобы в их поле зрение попадали пациенты именно с доклиническими формами рака предстательной железы, т.е. не имеющие клинически манифестированной симптоматики и, соответственно, не предъявляющие жалоб.

Разработка интервенций, направленных на достижение «прорыва» в сфере ранней диагностики рака, должна проходить в междисциплинарном исследовательском поле, полноправной частью которого является психология. И сейчас, когда в Солигорске, Молодечно и Первомайском районе Минска стартовал 2-летний пилотный проект по скринингу рака предстательной железы, чрезвычайно актуальным является вопрос: готово ли медицинское

сообщество к работе с вовлеченными группами населения. К таковым относятся

- лица, желающие решить для себя, участвовать ли им в скрининге и интересующиеся связанными с этим рисками
- лица, у которых в результате их участия в программе выявлены основания подозревать у них рак предстательной железы, и они должны принять решение о прохождении полного цикла онкоурологического обследования либо остановиться на каком-то его этапе и отказаться от дальнейшего;
- лица, у которых в результате обследования не выявлено онкопатологии предстательной железы, и они желают понять, каким образом они оказались в группе риска по результатам скрининга, если у них нет заболевания, насколько надежен отрицательный результат обследования, о чем, если не о РПЖ, говорит их повышенный уровень ПСА, и нужно ли «лечиться от повышенного уровня ПСА», т.е. добиваться медикаментозными или иными средствами снижения уровня данного показателя для профилактики заболевания РПЖ в будущем;
- лица, у которых в результате обследования не выявлено онкопатологии предстательной железы, но выявлена ПИН высокой или низкой степени либо атипичная аденоматозная гиперплазия простаты, и которые желают оценить свои риски в отношении заболевания РПЖ в будущем и знать, с какой периодичностью и каким именно обследованиям им следует подвергаться в будущем;
- наконец, лица, у которых их участие в

скрининге завершилось установлением диагноза РПЖ (бессимптомного по определению, так как диагноз РПЖ, установленный в ходе обследования пациента, обратившегося с жалобами, - это не скрининговая ситуация), и которые оказались в ситуации необходимости принятия решения и выбора наиболее приемлемого (с позиций онкологического риска, с позиций собственной психологической иерархии ценностей пациента, с позиций экономической доступности) для них на текущий момент вида лечения (причем среди возможных вариантов выбора и отказ от лечения, и его отсрочка).

Обратимся еще раз к тексту, вынесенному в эпиграф данной статьи, и зададим себе вопрос, готовы ли члены медицинского сообщества Беларуси не то, что следовать этим рекомендациям , а хотя бы, что называется, внутренне принять их, ведь следование им предусматривает смену парадигмы отношений врач-пациент переход от отношений патернализма, к отношениям сотрудничества? В рамках этой парадигмы врач как поставщик медицинских услуг получает более требовательного, а значит менее удобного потребителя его услуг, работа с которым требует больше времени, большей эрудиции, лучшей психологической подготовки. Отослать «дотошного» клиента за информацией к печатным или сетевым источникам – не выход из положения, потому что самостоятельно освоить такой объем в высшей степени специализированной информации, который необходим для принятия решения, практически невозможно, и мнение врача, к которому пациент испытывает доверие, все равно останется решающим в процессе принятия решения, но при этом доверие пациента к врачу будет зависеть и от уровня профессионализма врача, его эрудиции, его ориентации в разных аспектах проблемы и в новейших достижениях, упоминания о которых пациент мог найти в интернете, а также от его искренней заинтересованности в сотрудничестве с пациентом и от его честности, при оценке рисков того или иного подхода, положительных и отрицательных сторон разных видов лечения. Сколько на сегодняшний день найдется профессионалов-медиков, готовых к такой парадигме общения с пациентом и желающих ей следовать? Насколько развит у нас институт «второго мнения» (в странах запада возможность получить консультацию

независимого эксперта, прежде чем принять или отвергнуть рекомендации лечащего врача, входит в перечень услуг, покрываемых медицинской страховкой, то есть ни в коей мере не рассматривается как «блажь» или излишество либо знак недоверия к «своему» врачу).

И, если для пациенток раком молочной железы на сегодняшний день существуют общественные объединения, группы психологической поддержки, «горячая линия», т.е. разнообразные информационные и социально психологические ресурсы, то по вопросам рака предстательной железы информационные ресурсы представлены главным образом в формате предоставления информации специалистом аудитории (газетная статья, сообщение в программе, посвященной здоровью, по радио или по телевизору) в отсутствии живой обратной связи с этой самой аудиторией. При всей ценности такой информации коэффициент ее усвояемости весьма невысок. И если по результатам соответствующих исследований информированность пациенток, больных раком молочной железы, оставляет желать много лучшего, то информированность пациентов РПЖ вообще еще не стала предметом изучения в отечественной науке.

Если этим вопросам не будет уделено должное внимание параллельно с введением пилотного скрининга, мы рискуем получить значительно меньшую отдачу от этого проекта, чем могли бы.

Особенности психологической адаптации и семейных отношений родителей при онкологическом заболевании ребенка

Федорова А.О., клинический психолог, г. Санкт-Петербург.
Черненко О.А., ВМедА им. им.С.М.Кирова, НИЦ, НИО медико-психологического сопровождения, лаборант, г. Санкт-Петербург

Большое значение в эффективности лечения онкологических заболеваний у детей является включение в этот процесс родителей и других значимых взрослых. Можно предположить, что, в свою очередь, одним из факторов успешности такого включения могут являться установки родителей как на болезнь вообще, так и на болезнь ребенка в частности, родительское отношение к больному ребенку, стили семейного воспитания и детско-родительского взаимодействия, психоэмоциональное состояние родителей. Следует отметить, что способность родителей справляться с

собственным состоянием важна для успешного и своевременного лечения ребенка. Ребенок полностью зависит от родителей, и они оказывают влияние не только на его психологическое, но и на общее самочувствие. Семейные отношения также откладывают значительный отпечаток на возникновение и течение заболевания, способствуют или препятствуют выздоровлению ребёнка.

Нами были проведены исследования в рамках дипломной работы Федоровой А.О., 2011г. и курсовой работы Черненко О.А, 2012г. направленные на изучение особенности процессов адаптации родителей детей с онкогематологическими заболеваниями и изучение особенности внутрисемейных отношений в этих семьях. Для анализа данной проблемы были использованы следующие методы: клинико-психологические (структурированное интервью, наблюдение), экспериментально-психологические методы (Копинг-тест Лазаруса, просник Келлермана-Плутчика «Индекс жизненного стиля», опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), Пятифакторный личностный опросник МакКрае-Коста, методика ДОБР, опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), методика «САТ», методика «Гиссенский личностный опросник»).

На основании результатов проведённого исследования можно увидеть, что в первые месяцы после постановки диагноза матери детей с онкологическим диагнозом достоверно чаще используют психологическую защиту «Отрицание». То есть первой реакцией на онкологическое заболевание ребенка у матерей является состояние шока и отрицания болезни. Существует тенденция к снижению самоактуализации. Большинство родителей живут прошлым. Тенденция к снижению самоактуализации может быть связана с переживанием в данный отрезок времени сложной срессовой ситуации, связанной с угрозой жизни ребенка. Отрицание болезни матерью может помешать лечению ребенка, повлечь за собой нарушение необходимого режима, предписанного врачом. У родителей детей, проходящих лечение на отделении трансплантологии, наблюдается стремление игнорировать взросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Рассматривая ребенка, независимо от возраста, как "еще маленького", родители снижают уровень требований к нему, придают контролю активности меньшее значение, в сравнении с родителями здоровых детей.

Установлено, что мамы детей с онкогематологическими диагнозами в

сравнении с мамами здоровых детей достоверно чаще используют такой механизм психологической защиты как «Регрессия», что может быть связано с истощением личностных ресурсов и продолжительным дистрессом, а также свидетельствовать о зависимости от окружающих и неуверенности в правильности собственных действий, снижении самоконтроля. Это говорит о необходимости помощи в лечении ребенка других родственников, однако в России значительная часть матерей заботятся о заболевшем ребенке в одиночестве.

У матерей, дети которых болеют менее 6 месяцев, достоверно чаще, чем у матерей здоровых детей, наблюдается такой психопатологический симптом, как паранойяльность. У матерей больных детей затруднено взаимодействие с окружающими людьми, снижена способность быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, что затрудняет контакт с врачом и снижает эффективность оказания социальной поддержки матери.

В семейной паре матери онкологически больных детей чаще видят себя более уверенными в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважении, в сравнении со своими мужьями. В тоже время они считают себя более нетерпеливыми, чаще настаивают на своем в семейном окружении.

Мамы детей с онкогематологией достоверно чаще, чем мамы здоровых детей применяют копинг-стратегию «Поиск социальной поддержки». Справиться с тяжелой болезнью ребенка в одиночестве не представляется возможным, поэтому мамы вынуждены ориентироваться на помощь и сочувствие других.

Выявлены отрицательные взаимосвязи между копинг-стратегиями «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» и уровнем выраженности депрессии, соматизации и тревоги у мам больных детей. Таким образом, применение вышеназванных копинг-стратегий представляет собой конструктивный способ справиться с тяжелой жизненной ситуацией. Однако обращение к социальной поддержки и положительная переоценка ситуации возможна только при условии снижения напряженности психологической защиты «Отрицание» и принятии болезни.

Таким образом, выраженность психопатологических симптомов у матерей детей, больных онкогематологией, высокая потребность в социальной поддержке в сочетании с социальной изоляцией еще раз подтверждают необходимость психологического сопровождения детей, больных

онкогематологией и их близких.

Применение арт-терапии в детской онкологии

Спирина Е.Н., Бишарова Г.И.
Читинский филиал ФГБУ Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, психолог, Чита

Актуальность. С древнейших времен человечеству известна исцеляющая сила искусства, его способность вызывать эмоциональную перестройку. В последние десятилетия в мире наблюдается всплеск интереса к возможностям использования творческого процесса в различных областях медицины, в том числе и детской онкологии. Арт-терапия ни в коем случае не относится к лечебным средствам или методам, так как это не лечение, а раскрытие внутренних возможностей и способностей человека. Это развитие в человеке присущей ему способности творить, это гармонизация и развитие личности, помогающая человеку обретать свою личностную силу и целостность для решения любых возникающих проблем. Применительно к онкологии арт-терапию можно отнести к комплементарным средствам, способствующим активизации внутренних резервов и возможностей пациента, и непосредственно связанным с улучшением его психоэмоционального и душевного состояния.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в клинике онкогематологии, объектом исследования явились дети со злокачественной патологией, имеющие на момент обследования удовлетворительное общее состояние. Занятия состояли из комплекса методов, куда вошли: психогимнастика, изо-терапия, куклотерапия, драматерапия, оригами и т.д. Этапы *1) диагностический,* проведение диагностических методик, с целью получения информации о психологическом статусе ребёнка. *2) коррекционный,* проведение занятий. 3) *контрольный,* повторное проведение диагностических методик с целью выявления психологических изменений после коррекционного воздействия. В диагностический этап входит проведение следующих методик: «Рисунок человека», «Несуществующее животное», «Цветовой тест М.Люшера», опросник Спилбергера на исследование

тревожности.

Всего проведено 15 занятий. Количество детей посетивших занятия – 22, в возрасте от 5 до 16 лет.

Обсуждение результатов. «Рисунок человека». Анализ рисунков показал, что ДО коррекционного воздействия у 86% (19 детей) присутствуют признаки дезадаптации (характер линий, усиленный нажим, наличие штриховки, особенности изображения глаз, рук). ПОСЛЕ воздействия данный показатель снижается до 36% (8 детей).

«Несуществующее животное». Критерии оценивания агрессивности: зубастый рот, наличие острых выступов и выростов, независимо от того, что они изображают (рога, уши, щупальца, клешни), клыки, кулаки (боксерские перчатки), шипы, когти, аксессуары (меч, кинжал, булава). ДО воздействия частота встречаемости данных признаков составляет 82% (18 детей). ПОСЛЕ данный показатель составляет 45% (10 детей).

«Цветовой тест М.Люшера». Анализ тестирования показал, что ДО коррекционного воздействия у 32% (7 детей) испытуемых присутствует высокий уровень непродуктивной нервно - психической напряженности. ПОСЛЕ воздействия показатель снижается до 14% (3 детей).

«Опросник Спилбергера на исследование тревожности». При проведении тестирования получены следующие результаты: ДО коррекционного воздействия уровень высокой ситуативной тревожности получен у 64% испытуемых (14 детей), ПОСЛЕ коррекционного воздействия высокий уровень ситуативной тревожности наблюдается у 23% испытуемых (5 детей). ДО воздействия высокий уровень личностной тревожности имеют 23% испытуемых (5 детей), ПОСЛЕ воздействия высокий уровень личностной тревожности имеют 14% испытуемых (3 детей).

Заключение. Творчество и игра дают возможность ребёнку рассказать окружающим о том, что он чувствует на более доступном для него невербальном языке. Больные дети переживают гамму отрицательных эмоций. Искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную, травмирующую ситуацию и найти её разрешение через переструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей.

Для больного ребёнка очень важно, чтобы в его жизни были люди, для которых он, прежде всего человек, а не «пациент», с которым можно просто поиграть. Лечение ставит ребёнка в жесткие рамки. Чем больше небезразличных людей окружают ребёнка, попавшего в беду, тем выше у него шанс выстоять в борьбе с болезнью.

Психологическая помощь на отделении трансплантации костного мозга для взрослых клиники ИДГиТ им. Р.М.Горбачёвой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Ушакова Ольга Васильевна, отделение восстановительной медицины клиники ИДГиТ им. Р.М.Горбачёвой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, медицинский психолог, Санкт-Петербург

Рост числа онкозаболеваний, который наблюдается в последние десятилетия, относит проблемы их всестороннего исследования к категории остроактуальных и общественно значимых.

Наша психологическая служба работает с марта 2008г. и имеет в своём составе 4 ставки медицинских психологов и 0,5 ставки врача-психотерапевта на 70 стационарных коек и дневной стационар, где ежедневно может находиться под наблюдением до 40 больных.

Сотрудничество с бригадой врачей является центральным при оказании психологической поддержки пациентам на отделении трансплантации костного мозга для взрослых ИДГиТ им. Р.М.Горбачёвой. Работает психолог только с согласия пациента и его родных, если таковые присутствуют.

1. Цели и области ответственности.

1. Поддержка в совладании с болезнью.
2. Обеспечение терапии и сотрудничества.
3. Коррекция специфических симптомов.
4. Психологическое консультирование и поддержка в ситуации долечивания (отделение дневного стационара).

2. Факторы стресса и ресурсы.

Для определения интенсивности стрессов различной этиологии среди взрослых пациентов было проведено пилотажное исследование в рамках дипломной работы, которое проводила Степанская Ольга Андреевна. Название работы «Иерархия стрессов и стрессоустойчивость онкогематологических больных», защита проходила в Санкт-Петербургском институте психологии и акмеологии.

Выводы.

1. Наибольшее влияние на психологическое состояние онкогематологических больных оказывают психологические стрессоры,

далее по интенсивности следуют: социальные стрессоры, связанные с болезнью; соматические стрессоры; социальные стрессоры, с болезнью не связанные.

2. Наиболее интенсивными психологическими стрессорами являются тревога за здоровье близких, ограничение образа жизни из-за режима лечения и опасение рецидива.
3. Основными социальными стрессорами являются увеличение финансовых расходов и физическое и эмоциональное истощение родственников, вовлеченных в заботу о больном.
4. Основными соматическими стрессорами являются: высокодозная полихимиотерапия, трепанобиопсия, появление сильной боли.
5. Самыми важными ресурсами в преодолении болезни являются поддержка семьи, надежные эмоциональные отношения с родственниками, а также социальная поддержка семьи окружающими.

3. Диагностика.

Для того чтобы осуществлять профессиональную психологическую поддержку, необходимо провести диагностику.

Психологический диагноз служит для того, чтобы оценить индивидуальные стрессоры и идентифицировать стратегии регулирования, доступные для больного и его окружения. В нашей клинике большое значение придаётся первой беседе при знакомстве с пациентом. Беседа имеет свободный характер, не ограничена временными рамками, при проведении беседы психолог ориентируется на состояние пациента и его желание активно участвовать в разговоре. Предварительно, психолог знакомится с историей болезни и беседует с лечащим врачом пациента.

4. Симптомы, требующие психологической коррекции.

К ним относятся признаки дисфункциональных расстройств и тех проблем, которые затрагивают эмоциональное, познавательное, поведенческое или семейное функционирование.

5. Методы психологической коррекции.

Психологическая коррекция должна ориентироваться на текущее состояние здоровья пациента. Она нацелена на достижение прямой практической помощи для пациента и родственников, и обеспечение долгосрочной стабилизации и профилактический эффект. В ходе болезни могут произойти различные острые изменения, и психолог должен реагировать гибко и немедленно.

Методы психокоррекции: информированность, психосоциальная

диагностика, поддержание доверительного контакта, консультирование семьи, консультирование родителей, методы расслабления, различные направления арт-терапии, которая способствует выражению чувств, проявлению сил и способностей, поддержка при паллиативном лечении пациента, поддержка членов семьи в разрешении опасений, связанных с потерей, кризисная интервенция, поддержка членов семьи после гибели близкого, планирование и инициирование амбулаторного и стационарного долечивания и реабилитации.

Заключение.

Таким образом, психологическое сопровождение пациентов отделения трансплантации костного мозга для взрослых клиник Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова проводится на всех этапах прохождения лечения:

- период постановки диагноза и начала лечения для первичных пациентов (крайне редко),
- период лечения путём проведения трансплантации костного мозга или стволовых клеток,
- период ремиссии и долечивания на дневном стационаре,
- период рецидива и прогрессии заболевания,
- период паллиативного лечения, умирание и смерть.

Психологическая служба только нарабатывает навыки ведения пациентов, проходящих длительное и опасное лечение. Но уже сейчас можно сказать, что многое зависит от взаимопонимания в тандеме врач – психолог, а сама психологическая помощь будет более весома, если её рекомендует пациенту лечащий врач.