

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**VII ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ОНКОПСИХОЛОГОВ
19–21 НОЯБРЯ 2015, МОСКВА**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

«VII Всероссийского съезда онкопсихологов».

Москва, 2015 — 92 стр.

Подготовлен АНО «Проект СО-действие».

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

Этот сборник можно скачать на сайте

www.co-operate.ru

АНО «Проект СО-действие»

www.co-operate.ru

contact@co-operate.ru

Настоящий сборник включает тезисы VII Всероссийского съезда онкопсихологов, проходившего 19—21 ноября 2015 года в Москве.

Основная цель съезда — объединить всесторонний опыт специалистов, работающих с онкологическими больными, для определения наиболее эффективной модели оказания комплексной психологической поддержки во время лечения и реабилитации, а также в период оказания паллиативной помощи онкологическому больному.

С каждым годом мы наблюдаем все более возрастающий интерес к проблеме организации социально-психологических служб поддержки онкобольных со стороны профессиональных сообществ медиков, психологов, социальных работников, а также представителей некоммерческих организаций, работающих с онкологическими больными.

В этом году в съезде приняли участие 200 специалистов. География съезда охватывает более 40 городов России и ближнего зарубежья: Алматы, Альметьевск, Астана, Астрахань, Барнаул, Белгород, Благовещенск, Волгоград, Вологда, Донецк, Москва, Дубна, Казань, Кемерово, Кострома, Красногорск, Краснодар, Курск, Липецк, Люберцы, Минск, Мурманск, Нальчик, Нижневартовск, Новосибирск, Новочеркасск, Обнинск, Одесса, Раменское, Рига, Ростов-на-Дону, Самара, Санкт-Петербург, Тверь, Томск, Чебоксары, Челябинск, Шымкент и др.

Мы выражаем признательность каждому участнику за проявленный интерес к проблематике съезда! Мы надеемся, что совместными усилиями, мы сможем вывести систему оказания психологической помощи онкологическим больным в России на новый уровень.

*Оргкомитет VII Всероссийского
съезда онкопсихологов АНО
«Проект СО-действие»*

- с.6 ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАНСФОРМАЦИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ** Т.Д. Василенко
- с.10 КРИТЕРИЙ «ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ» В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ** Н.В. Веселова
- с.13 КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ** Ж.Р. Гарданова, И.И. Абдуллин
- с.16 ОНКОПСИХОЛОГ: СУЩНОСТЬ И СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИИ** Д.Р. Гильфантинова
- с.19 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ОНКОБОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ** О.С. Гурова, Г.Ф. Кроян
- с.22 МНОЖЕСТВЕННАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СИБЛИНГОВ** М.А. Гусева, Г.Я. Цейтлин, Е.Т. Барчина
- с.25 МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ** Л.М. Золотовская
- с.28 К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ** Э.В. Исхакова, И.Р. Хусаинова
- с.34 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ** Е.П. Комкова, С.А. Коломиец
- с.37 ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ** Е.П. Комкова, Н.П. Кокорина
- с.40 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ** А.О. Курбанова
- с.43 «Я ЕСТЬ!» ИЛИ ПАРАДОКСЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ** Д.В. Лицов, Л.Ю. Дерябо
- с.46 БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ (BIOFEEDBACK): ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С БОЛЕЮЩИМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ** Д.В. Лицов, Л.Ю. Дерябо
- с.51 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОНКОБОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АУДИО- ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ** Н.В. Прохоров, О.В. Парамонова, Н.Э. Кайгородова
- с.55 КРИТЕРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ К КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ** В.А. Сотников
- с.58 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ** В.М. Сотникова
- с.61 ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЕЙ КАК ЧАСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ** О.А. Субарева
- с.66 АНАЛИЗ ЗАПРОСОВ НА РАБОТУ ПСИХОЛОГА В РОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ** Е.Н. Сухановская
- с.69 ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** И.Р. Хусаинова, Т.Н. Ансатбаева
- с.74 «ЦЕЛИТЕЛЬНОЕ ПРИКОСНОВЕНИЕ К СТРАДАЮЩЕМУ ТЕЛУ»** Л. Штерн
- с.78 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ** Л. Штерн
- с.82 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОНКОЛОГИИ (на примере рака молочной железы)** М.Д. Юркова
- с.85 ПОЛЕЗНЫЕ КООРДИНАТЫ** **с.86** Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив» **с.87** Благотворительный фонд «Шередарь» **с.88** Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи **с.89** Фонд помощи хосписам «Вера» **с.90** АНО «Проект СО-действие»

ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАНСФОРМАЦИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ

На основе процессуально-смыслового подхода психологии телесности, согласно которому телесный опыт, осознаваясь личностью, подвергается смысловой обработке, в результате чего происходит интеграция его в субъективную картину жизненного пути, вызывая трансформацию при включении дезадаптивных факторов реагирования, таких как центрация на роли больного, завышенный (или заниженный) уровень рефлексивности, снижение жизнестойкости и самодетерминации (Василенко Т.Д., 2012, 2013), было проведено исследование взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности у женщин, страдающих онкологической патологией. Выборку исследования составили три группы испытуемых: пациенты радиологического отделения Курского областного онкологического диспансера, находящиеся на амбулаторном лечении с длительностью заболевания до 6-ти месяцев гинекологической сферой поражения, границы возраста составляют от 35 до 65 лет (N=40); пациенты гинекологического отделения городской клинической больницы № 4 г. Курска, границы возраста составляют от 25 до 55 лет (N=50); контрольная группа, в которую вошли женщины, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители г. Курска в возрасте от 35 до 55 лет (N=97). Были использованы следующие методы: структурированное интервью, архивные методы, психодиагностические и проективные методики, используемые для исследования: временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности (опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе в адаптации А. Сырцовой; Шкала временных установок Ж. Нюттена и У. Ленса; методика «Линия жи-

ни» в авторской интерпретации; тест «Смысло-жизненные ориентации» Д.А. Леонтьева); рефлексивных процессов (тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова); личностных аспектов идентичности (методика «Кто я?» М. Куна, Т. Макпартленда); локуса каузальности и процессов самодетерминации (тест «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина; тест «Жизненные стремления» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина).

По результатам исследования отмечается центрация онкологических больных на настоящем, а также нарушение механизма целеполагания, снижение возможностей построения событийной перспективы; закрепляется позитивная установка на прошлое и фаталистическая на настоящее. В группах здоровых и гинекологических больных отмечаются более высокие показатели по признаку событийной насыщенности будущего, по сравнению с группой больных онкологической патологией, при уровне значимости $p=0,006$ и $p=0,008$, соответственно.

В группе онкологических больных контекст переживания и осмысления телесного опыта отличается от женщин с гинекологическим заболеванием и здоровых. Частота встречаемости событий, связанных с семьей, в группе онкологических и гинекологических больных выше, чем у здоровых. Также у онкологических больных отмечается большее количество негативных событий, чем в ситуации гинекологической патологии и у здоровых женщин. Жизненная ситуация тяжелого заболевания находит свое отражение и в процессах самодетерминации. Несмотря на общее снижение выраженности жизненных стремлений, у онкологических больных сохраняется общее соотношение стремлений с преобладанием внутренних стремлений над внешними, которое может выступать ресурсом для формирования и поддержания психологически «здоровых» реакций, что важно использовать при организации психологического сопровождения онкологических больных.

Телесный опыт онкологического заболевания связан с процессами трансформации идентичности личности, происходит сужение социального взаимодействия, изменение отношения к себе. Отме-

чается резкое снижение роли личностных качеств, направленных на взаимодействие с другими людьми.

Частота встречаемости заниженного уровня рефлексивности в группе онкологических больных выше, чем в группе здоровых испытуемых при $p=0,029$.

Эти данные также согласуются с результатами корреляционного анализа по параметрам временных аспектов жизненного пути личности и удовлетворенности базовых потребностей, представленных в Таблице 1.

Онкологическая патология приводит к разбалансированности временной перспективы: повышение значимости потребностей в автономии и компетентности сопровождается снижением возможности построения планов на будущее, происходит центрация на настоящем моменте без возможности продуктивного разрешения сложившейся ситуации.

ТАБЛИЦА 1

Корреляционные связи между удовлетворенностью базовых потребностей и временными аспектами субъективной картины жизненного пути личности в зависимости от телесного опыта.

	Здоровые	Гинекол. б-ные	Онк. б-ные
Графическая ориентация на будущее & автономия	-	-	-0,332
Графическая ориентация на будущее & компетентность	-	-	-0,606
Событийная насыщенность будущего & компетентность	-	-	-0,366
Негативное прошлое & автономия	-0,407	-0,618	-
Нег. прошлое & компетентность	-0,350	-0,340	-
Нег. прошлое & связанность	-0,302	-	-
Будущее & автономия	0,255	-	-
Будущее & компетентность	0,282	0,311	-
Будущее & связанность	0,215	-	-
Фаталистическое настоящее & автономия	-	-0,478	-
Фаталистическое настоящее & компетентность	-0,330	-0,332	-

КРИТЕРИЙ «ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ» В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Общепринятые в онкологии критерии эффективности лечения зачастую не дают целостной картины состояния больного, и не выявляют полный спектр проблем связанных с заболеванием, не отражают в полной мере самочувствие больного и качество его повседневного функционирования.

В кризисной для человека ситуации онкологического заболевания важным фактором успешной реадaptации становится не просто выживание ради выживания, но и самоактуализация, личностная реализация, смыслоощущение жизни. Опорой преодолевающего поведения становится жизнестойкость как составляющая социальной зрелости личности в том числе как прогноз успеха реадaptационных стратегий во всех сферах жизнедеятельности.

Жизнестойкость в качестве надстройки базовых оснований личности положительно связана со смысло-жизненными ориентациями, самоотношением и демонстрирует личностные установки, подвластные переосмыслению и коррекции самим человеком. В обобщенной структуре личности качество жизнестойкости определяет систему регуляторных процессов, обусловленных сложившимся опытом жизнедеятельности и психической эластичности как ведущего регуляторно-личностного свойства и внутреннего согласия с собой как базиса самоотношения.

Исследование жизнестойкости онкологических больных проводилось на базе ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер». Критерием включения являлся нахождение в ТОКОД по поводу лечения онкологического заболевания.

Во всех рассматриваемых случаях выраженность астенических проявлений не достигала высокой степени, а имеющийся соматический компонент был дополнен психогенным. Для больных онкологического профиля характерен высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности. Предпосылкой снижения тонуса и настроения от легкой до умеренной степени, характерное для большинства обследованных пациентов, является среди прочих получаемая противораковая терапия и сама больничная обстановка. Типичное для большей длительности заболевания проявление отрицательных эмоций угнетенности и беспомощности отражает с одной стороны динамику эмоционального состояния, связанную с течением болезни, и с другой — влияние личностных особенностей, в частности, уровня личностной тревожности. Поскольку более тревожные больные онкологией достоверно чаще указывали, что испытывают беспомощность и беспокойство, у них оказывался выше уровень депрессивных симптомов. Зачастую взаимосвязь испытываемых чувств и длительности заболевания говорит о сложной индивидуально обусловленной картине эмоционального состояния, в которой фактор длительности лечения и угроза рецидивирования оказывают влияние на эмоциональное состояние наряду с другими факторами, в частности, с семейным положением, возрастом и реакцией на стрессовые воздействия. Ощущение витальной угрозы со стороны онкологического заболевания превалировало над последствиями калечащей операции, тем не менее, именно этот факт часто не дает забыть о болезни, становится аддикцией, значительно усугубляя психотравмирующие последствия перенесенного заболевания: навязчивые переживания по поводу события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о перенесенном лечении по поводу рака (мыслей, мест, действий, разговоров). Повышается физиологическая реактивность в ответ на стимулы, символизирующие травму и признаки эмоциональной возбудимости, которые не наблюдались до заболевания, нарушение сна (трудности с засыпанием или ухудшении качества сна); раздражительность или вспышки гнева; затруднения с концентрацией внимания; повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания плохих новостей; гипертрофированная реакция испуга).

Обобщая полученные данные об уровне жизнестойкости онкологических больных, можно сделать следующие выводы.

В кризисной ситуации онкологического заболевания необходимо рассмотреть жизнестойкость как ключевой ресурс преодоления, базис системы убеждений, способности и готовности пациента эффективно участвовать в процессе лечения и восстановления, жизнестойко воспринимать негативные события как опыт и эффективно справляться с ними.

Длительное нахождение в поле онкологического заболевания имеет комплексное соматогенное и психогенное влияние на личность пациента. Основные деструктивные факторы: фатально воспринимаемый характер диагноза; сложный, зачастую калечащий и длительный процесс лечения и восстановления; отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастазов; наличие в большинстве случаев выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания; широко распространенное среди обывателей представление о заразности ракового заболевания.

Пациенты с реадaptационными расстройствами отличаются низким уровнем жизнестойкости, высоким уровнем фрустрированности, агрессии и тревоги, определяющим низкое совладание со стрессом болезни и пассивные установки и действия по отношению к личному участию в здоровье и восстановлении.

Изучение психологического содержания жизнестойкости пациентов позволяет расширить спектр реадaptационных мероприятий, целью которых является повышение качества жизни онкологических больных; помощь в построении восстановительных программ, актуализации собственных реадaptационных возможностей и повышение личностной жизнестойкости; обучение методам жизнестойкого поведения и совладающим стратегиям, разработка практических рекомендаций по реадaptации онкологических пациентов с дефицитом жизнестойкости.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ

Актуальность проблемы диагностики психоэмоциональных нарушений пациентов со злокачественными заболеваниями предстательной железы не представляет сомнений, т.к. своевременная психокоррекция способствует укорочению периода реабилитации и восстановлению качества жизни пациентов после проведенного лечения. Выявление и постановка диагноза рака предстательной железы для многих пациентов является стрессом и приводит к изменениям в аффективной сфере, и проявляется в повышении уровня тревоги и развитию депрессии у мужчин. Справится со стрессом возможно благодаря используемым копинг-стратегиям.

Материалы и методы. 56 мужчин, прошедших лечение в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Средний возраст пациентов составил $65,7 \pm 6,1$ лет. Средняя продолжительность заболевания раком простаты составляет 3 ± 2 месяца. Все мужчины подвергались стандартному алгоритму оценки гормонального статуса, ПСА, сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, магнитно-резонансную томографию и сцинтиграфию костей скелета. Всем пациентам проведена лапароскопическая радикальная простатэктомия. Психологическое тестирование с применением методика «Копинг-тест» шкала реактивной и личностной тревожности для дифференцированной оценки тревоги как состояния и тревожности.

Результаты. Наиболее часто встречаемые при раке простаты выявились конструктивные копинг-стратегии, такие как «планиро-

вание решения проблемы», «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки». По шкале Спилбергера-Ханина был выявлен высокий уровень ситуативной тревожности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования: является изучение копинг-механизмов у больных раком простаты.

В основу исследования вошло предположение, что у данных людей конструктивная копинг-стратегия является предпочтительной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование участвовали 56 мужчин прошедших лечение в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России в период с декабря 2012 по декабрь 2014 года. Средний возраст пациентов составил $65,7 \pm 6,1$ лет. Средняя продолжительность заболевания раком простаты составляет 3 ± 2 месяца. Все мужчины подвергались стандартному алгоритму оценки гормонального статуса, ПСА, предполагающему сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, магнитно-резонансную томографию и сцинтиграфию костей скелета. Всем пациентами проведена лапароскопическая радикальная простатэктомия. Психологическое исследование пациентов выполнялось в начале цикла обращения к урологу на этапе проведения диагностических мероприятий.

Методика «Копинг-тест» для определения копинг-механизмов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах; шкала реактивной и личностной тревожности для дифференцированной оценки тревоги как состояния и тревожности как свойства личности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS Statistics 17.0, а также программы Microsoft Excel и включала в себя описательные статистические характеристики выборки (среднее арифметическое, стандартное отклонение), оценку достоверности различий и корреляционный анализ, который осуществлялся с помощью рангового коэффициента Спирмена. Достоверными считали отличия при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным методики «копинг-тест» Лазаруса в репертуаре совладающих стратегий пациентов с раком простаты были наиболее выражены конструктивные копинг-стратегии, такие как «планирование решения проблемы», «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки», что свидетельствовало об аналитическом подходе к решению проблемы, свойственному данным пациентам, направлению усилий на поиск информационной, эмоциональной поддержки и контроль своих чувств и действий. Как показало наше исследование, при совладании со стрессом мужчины реже всего использовали избегающие стратегии поведения, они не были склонны к мысленному и поведенческому бегству от проблем, улучшению своего самочувствия путем принятия алкоголя, еды, курения. Кроме того, нами было отмечено, что использование стратегии «бегство» коррелировало с повышением личностной ($p < 0,05$; $r = 0,488$) и реактивной ($p < 0,05$; $r = 0,306$) тревожности, в то время как применение стратегии «планирование решение проблем», напротив, было связано с понижениями этих показателей ($p < 0,05$; $r = -0,300$, $r = -0,340$), что подтверждало неэффективность использования избегающих копинг-стратегий при совладании со стрессом в данной группе пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таким образом, согласно полученным результатам исследования, пациенты с раком предстательной железы были склонны к использованию конструктивных копинг-стратегий, что приводило к стабилизации психоэмоционального состояния мужчин и способствовало более эффективной адаптации в условиях стресса, вызываемого процессом лечения рака простаты.

ОНКОПСИХОЛОГ: СУЩНОСТЬ И СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИИ

Что мы знаем о профессии онкопсихолога? Первые ассоциации: человек, который оказывает профессиональную психологическую помощь и поддержку людям с диагнозом «онкология». Это утверждение верно, но только отчасти.

В зону компетенций онкопсихологов, в первую очередь, входит психологическая адаптация пациента к действующим или предстоящим переменам в его жизни. Чаще всего, эти изменения напрямую связаны с серьезными преобразованиями привычного образа жизни в сторону доминирующей роли лечения. Значительную часть обязанностей онкопсихолога составляет коррекция эмоционального состояния пациента в условиях заболевания или в период диагностики, помощь больному в воссоздании картины жизни, поиск ресурсов, обучение навыкам контроля над собственным состоянием, общая психологическая поддержка. Часто за помощью к онкопсихологам обращаются родственники и друзья пациента. Люди сталкиваются с отчаянием, горем, чувством страха и безысходности, серьезным эмоциональным и физическим истощением. Длительное ожидание «чуда» и жизнь в условиях неизвестности накладывает травматический отпечаток на психическое здоровье человека.

Работа онкопсихолога основывается на знаниях и опыте периодов горевания человека. Учитывая особенности каждой стадии — шок, отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие, опытный специалист оказывает необходимую психологическую поддержку и сопровождение как пациентам, так и его родственникам.

Особенностью любого онкологического заболевания является чрезвычайное психоэмоциональное напряжение больного, сопро-

вождаемое реальными факторами угрозы жизни, отсутствием гарантий выздоровления, общей неопределенностью исхода и течения заболевания. Онкопсихологи помогают облегчить напряжение пациента. Как правило, коррекция достигается при помощи психологических техник: отреагирования эмоций, бережного информирования, терапевтического слушания, и других. С пациентами на разных этапах лечения применяются методы когнитивно-поведенческой терапии, логотерапии, арт-терапевтических процедур, экзистенциальной психотерапии, а также релаксирование и нормализации на базе снижения представлений больного об уникальности собственного заболевания.

Важными составляющими деятельности онкопсихолога являются: доверие, эмпатия, умение выдерживать критический уровень эмоциональных переживаний пациента, собственная личная терапия, супервизия, понимание и выдерживание проф. границ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ОНКОПСИХОЛОГА¹:

- ▶ **Профессионализм.** Четкое понимание должностных обязанностей (целей, задач, сущности работы).
- ▶ **Искренность.** Конгруэнтность онкопсихолога играет одну из ключевых ролей во взаимодействии с пациентом. В случае неискренности возникает ситуация двойных посланий в сторону пациента, что может спровоцировать повышенную тревогу или ложные ожидания.
- ▶ **Доброжелательность.** Настрой онкопсихолога на безоценочное доброжелательное принятие любых эмоциональных и психологических проявлений пациента — залог высокого уровня доверия и уважения к заболевшему человеку.
- ▶ **Границы.** Умение профессионально отслеживать собственные переживания. На языке профессиональных психологов это называется — интроспекция, перенос и контрперенос.

¹ Вагайцева М.В. ГКУЗ «Хоспис №1».

► **Экологичность.** Наличие супервизии и личной терапии, профилактика эмоционального выгорания, постоянное повышение квалификации.

Высокий уровень мифологизации онкозаболеваний и отсутствие широкого психологического просвещения закрепляет ложные стереотипы в обществе как по отношению к заболевшему человеку, так и к работе онкопсихолога. Чувство страха подкрепляемое фобическими проявлениями боязни «заразиться», беспокойством за возможную потерю материального благополучия и в целом крахом «мифа о бессмертии», оставляет человека один на один со своей ситуацией. В результате, человек узнавший о диагнозе еще на ранней стадии, нередко сталкивается с ситуацией разрушения социальных связей; общественной стигматизации; усложнением взаимоотношений на работе, в семье, с друзьями. Тревоги, порождаемые невротическими фантазиями как больного, так и его окружения, играют не последнюю роль в эмоциональном, психологическом и физическом истощении ресурсов человека.

Обращение к онкопсихологу — это реальная психологическая помощь и поддержка как для больного, так и для его родственников. Каждому, кто столкнулся со столь серьезными жизненными трудностями, важно знать, что есть люди, готовые выслушать и профессионально поддержать в сложившейся ситуации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ОНКОБОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В настоящее время онкологическое заболевание, с точки зрения клинической психологии, относится к кризисным ситуациям, так как имеет свойственные таким ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, отсутствие контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира².

При этом А.В. Гнездиловым отмечается, что время умирающего больного, может растягиваться, а может и сжиматься³. Болезнь деформирует жизненно-смысловую перспективу, сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего⁴. Однако личность не перестает развиваться и в таких тяжелых условиях, как онкологическое заболевание. От того, как человек относится к жизни, как распоряжается своим временем, зависит то, как он будет себя чувствовать, и то, чего он достигнет впоследствии. Такой аспект, как субъективное переживание времени личности в условиях онкологического заболевания рассмотрен слабо, что актуализирует исследовательский интерес к данной проблеме.

Таким образом, нами было проведено исследование, направленное на выявление особенностей психологического времени онкологических больных находящихся на I–II и III–IV стадиях заболевания. В рамках исследования использовались следующие методики: «Циклический тест времени» Т.Коттла, «Временные перспективы» Ф.Зимбардо, методика «Шкалы переживания вре-

² Карпова Э.Б., Чулкова В.А.: Онкологическое заболевание как психологический кризис // Ананьевские чтения–2007: матер.научнопракт. конф. СПб университета. – 2007. – С. 556–557.

³ Гнездилов А.В.: Психология и психотерапия потерь // СПб: «Речь». – 2002. – 237 С.

⁴ Моисеенко В.М., Чулкова В.А.: Психонкология // Пособие для врачей. – СПб. – 2007. – 38 С.

мени» Е.И. Головахи, А.А. Кроника, цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда. Эмпирическое исследование проводилось на базе онкологических диспансеров г. Барнаула. В качестве испытуемых выступили мужчины и женщины от 28 до 60 лет (70 человек). В первую группу вошли больные, подлежащие радикальному лечению (I–II стадии), во вторую — больные с прогрессированием заболевания (III–IV стадии).

Психологическое время онкобольных на I–II стадии заболевания характеризуется как быстротекущее (4,49), насыщенное (4,51), умеренного темпа (4,11), непрерывное (4,11), растянутое (4,53), организованное (4,27), цельное (2,86). Для онкологических больных данной группы характерна средняя степень связанности временных зон (3,8). Таким образом, психологическое время онкобольных на I–II стадии заболевания видится им континуальным, монотонным, довольно напряженным, но при этом в целом переживается вполне приятным. Больные вынуждены жить со своим диагнозом долгое время, при этом развитие заболевания происходит, как правило, плавно. Поэтому часто возникают ощущение рутинности, чувство смирения и апатии. Это находит отражение в восприятии времени растянутым и однообразным. Организованность необходима больным этой группы для достижения более стабильного состояния здоровья, что является их главной ценностью и целью.

Для больных на первых стадиях заболевания характерна ориентация на позитивное прошлое ($M=3,800$). Скорее всего, это связано с имеющимся у больных страхом перед будущим, поэтому они стремятся найти ресурсы для преодоления кризисной ситуации в своем прошлом.

Психологическое время онкобольных на III–IV стадии заболевания характеризуется такими показателями, как пустое (2,43), скачкообразное (6,11), сжатое (2,43), неприятное (5,29), прерывистое (5,12), раздробленное (5,46), однообразное (2,54), неорганизованное (5,54). Онкологические больные ощущают свое психологическое время дискретным (низкая степень связанности временных зон (1,9), что, в свою очередь, приводит к состоянию повышенного внутреннего напряжения и негативной оценке собственного про-

шлого, настоящего и будущего. На фоне врачебных ограничений, страха рецидива, боязни медицинских процедур, столь характерных для данной стадии заболевания, в состоянии эмоциональной неудовлетворенности и недовольства, такой характер отношения ко времени жизни, как и к факту болезни, может быть не только неоднозначным, но и пессимистичным.

Ведущей временной ориентацией больных на III–IV стадиях заболевания является фаталистическое настоящее ($M=3,58$). Так, у больных на поздней стадии заболевание теряет ощущение контроля за состоянием собственного здоровья и за происходящими жизненными событиями в целом.

Обозначившиеся особенности переживания психологического времени онкобольными подтвердились с помощью критерия U-Манна-Уитни. Так, степень взаимосвязанности временных зон более низкая у больных на поздних стадиях ($p<0,001$); более насыщенным, приятным, организованным время представляется больным на ранних стадиях заболевания ($p<0,001$); более скачкообразным, сжатым, неорганизованным переживают собственное время больные на III–IV стадиях заболевания ($p<0,001$); для больных на ранних стадиях заболевания время кажется более непрерывным ($p<0,004$).

Таким образом, у онкобольных на ранних и поздних стадиях заболевания происходят изменения временной направленности, эмоционального отношения к собственному психологическому времени. Представления человека о самом себе во времени включают многочисленные социальные моменты прошлого, настоящего и будущего, переживаемые через систему личностных смыслов, на основе которых человек соотносит свои возможности и цели, распределяет события жизни по значимости на данный отрезок времени, строит свое мировоззрение, свою идеологию. Вследствие этого необходимо осуществлять психологическую помощь онкобольным посредством формирования оптимального восприятия и переживания времени собственной жизни, что, в свою очередь, поможет им адаптироваться к сложившейся трудной жизненной ситуации.

МНОЖЕСТВЕННАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СИБЛИНГОВ

В процессе работы в онкологическом стационаре мы пришли к мнению, что часть пациентов переживает множественную психическую травму. Онкологическое заболевание как таковое для любого ребенка — это серьезная травма; даже очень маленький ребенок, который не в состоянии самостоятельно оценить серьезность заболевания и его последствий, не может не чувствовать эмоционального напряжения в семье. Кроме того, изоляция ребенка от семьи (отца, сиблингов, других родственников), — тяжелая психотравмирующая ситуация. В литературе есть данные о том, что агрессивное лечение онкологического заболевания — химиолучевая терапия, оперативные вмешательства можно отнести к ситуации насилия, в которой ребенок оказывается «жертвой», будучи не в силах ничего изменить.

Основная цель нашего исследования — выявление у детей травматического опыта, связанного с патологическими паттернами внутрисемейных взаимодействий, эмоциональными разрывами в семье, дисфункциональными семейными ролями, утратами и пр. Особое внимание уделялось наличию в семейном анамнезе утраты значимого близкого, «кумулятивной травмы» детско-родительских отношений, вызванной неудовлетворенными потребностями в зависимости и любви.

Под наблюдением находилось 111 детей в возрасте 3–17 лет с различными злокачественными опухолями (28 — на госпитальном, 83 — на диспансерном этапе); а также 27 здоровых сиблингов.

Для диагностики применялось исследование семейного анамнеза методами клинического интервью с родителями больного ребенка и другими членами семьи с составлением генограмм

и экокорт; использовались рисуночные тесты — «Дом, дерево, человек», «Моя семья»; проективные диагностические методики: направленные фантазирование, создание историй в терапевтической песочнице, сказкотерапия по Т.Д. Зинкевич–Евстигнеевой.

В ходе психотерапии и клинической диагностики выявлено, что пациенты онкостационара, наряду с острым переживанием самого травматического события — онкологического заболевания и его лечения, переживают ряд фактических утрат: здоровья, прежнего образа жизни, ценностей, безопасности и уверенности в завтрашнем дне, значимых отношений с близким и дальним окружением (социальная депривация). Здоровые сиблинги переживают возможную утрату больного брата или сестры. Большинство обследованных детей имеет травму привязанности, полученную в раннем детстве. Значительная часть (33%) имеет в анамнезе тяжелую травму — утрату матери или эмоциональный разрыв с ней.

Углубленный анализ представленных наблюдений позволяет обосновать гипотезу, согласно которой дети с онкологическими заболеваниями, а также их здоровые братья и сестры, переживают множественную психическую травму.

В современной психологической литературе нет определения множественной психической травмы, не определены ее критерии. По аналогии с определением множественной соматической травмы как 2 и более повреждений в пределах одной анатомической области, можно определить множественную психическую травму как несколько одновременно или последовательно происходящих и травмирующих психику событий, превышающих адаптационные способности ребенка — возможность осознания, переработки этого опыта.

Особенно опасна травма, полученная в раннем детстве, когда ребенок полностью зависим от родителей, имеет хрупкую психику и неразвитые механизмы защиты. Особое значение в связи с этим приобретает травма депривации, связанная с длительным расставанием грудного ребенка с матерью, названная Д. Винникоттом «примитивными агониями», а Д. Калшедом — «немыслимым переживанием», которое может нанести непоправимый ущерб развитию ребенка.

Множественные актуальные травмирующие воздействия, связанные с тяжелым жизнеугрожающим заболеванием, интерферирующие с разрушительными травмами прошлого, подчас создают реальную угрозу жизни ребенка, ухудшая прогноз. Наша гипотеза подтверждает необходимость психологической помощи детям и уточняет стратегию психотерапевтического сопровождения, целью которого является формирование с пациентом лечебных отношений, избавленных от травмирующего компонента, создание терапевтических условий для отреагирования и переработки его травматического опыта.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

опыт работы медицинского психолога с персоналом Астраханского онкологического диспансера

Этика врача— это очень широкое, многогранное понятие. Под этикой врача подразумевается в первую очередь его отношение к больному в соответствии с клятвой Гиппократата. Также под медицинской этикой мы рассматриваем взаимоотношения врачей между собой, в своем коллективе. Очень важен этический момент, который хотелось бы подчеркнуть, — это бесплатная основа оказания помощи онкологическим больным, несмотря на то, что при диагностике и лечении этой категории больных используются все передовые достижения современной медицины и техники. Менталитет врача, умение общаться с пациентом могут способствовать установлению взаимопонимания с больным, его родственниками, и наоборот, равнодушие и грубость оттолкнут от врача, вызовут негативные эмоции, вплоть до проявлений агрессии. Внешняя аккуратность и опрятность, подтянутость, доброжелательность, точность и обязательность— вот черты, привлекающие к врачу, вызывающие к нему доверие независимо от его статуса и возраста.

В то же время многообразие возникающих ситуаций и личностей больных не позволяет привести подходящее к каждому случаю деонтологическое правило. Поэтому необходимо каждому врачу развивать в себе врачебную интуицию и навыки общения. Поэтому с целью оптимизировать эффективность лечебного процесса онкологических пациентов, а так же в рамках областной программы «Этика и деонтология в медицинских организациях астраханской области», нами был создан план и проведены занятия с персоналом диспансера.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ С ПЕРСОНАЛОМ ООД В РАМКАХ ПРОГРАММЫ
«ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ НА 2013–2015 г.г.»

с врачами	ед.	2	► основы морально-нравственных аспектов ► медицинская деонтология в системе «врач-больной».
со средним медицинским персоналом	ед.	1	► развитие пациент-ориентированного подхода для среднего медицинского персонала.
с младшими медицинскими работниками;	ед.	1	► медицинская деонтология.
с прочим персоналом	ед.	1	► культура общения внутри коллектива.
с врачами	ед.	2	► этические аспекты в деятельности врача-онколога ► взаимодействие «медработник-пациент».
со средним медицинским персоналом	ед.	2	► этика межперсонального профессионального общения «врач-медсестра», «медсестра-санитарка» ► имидж (образ) медицинской сестры диспансера ► развитие чувства эмпатии (сопереживания) к пациентам как основа профессионализма медицинской сестры диспансера.
с младшими медработниками	ед.	2	► субординация в медицине ► отношение к пациентам.
с прочим персоналом	ед.	2	► обсуждение Кодекса корпоративной этики.
с врачами	ед.	2	► здоровье и болезнь: акценты и приоритеты ► моральные действия врача в условиях зависимости от него жизни и здоровья пациента.
со средним медицинским персоналом	ед.	2	► гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав ► защита личного достоинства.
с младшими медработниками	ед.	2	► совесть, как нравственно-психологический механизм самоконтроля личности ► Этические идеи в религиозных конфессиях.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ С ПЕРСОНАЛОМ ООД В РАМКАХ ПРОГРАММЫ
«ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ НА 2013–2015 г.г.»

с прочим персоналом	ед.	2	► проблемы совместимости политики и нравственности, принципы взаимоотношений государственной власти и гражданского общества ► бытовая этикетная культура.
с врачами;	ед.	2	► принципы врачевания, которые необходимы для повышения индивидуальной и общественной эффективности и полезности лечения ► Качество и культура работы врача.
со средним медицинским персоналом	ед.	2	► профессиональная этика как совокупность моральных норм, определяющих отношение человека к своему профессиональному долгу ► четыре универсальных этических принципа.
с младшими медработниками	ед.	2	► основные понятия: добро, зло, благо, нравственные ценности ► свобода и ответственность. Свобода воли и свобода морального выбора.
с прочим персоналом	ед.	2	► этические проблемы общественно-политических отношений ► прекрасное и безобразное в жизни.

Так же, в целях оздоровления членов коллектива ООД в течение года на базе кабинета ЛФК постоянно проводятся занятия по укреплению физического и психологического здоровья. Занятия состоят из комплекса общеукрепляющих упражнений, занятий на тренажерах, релаксационных упражнений. Ответственные — врач ЛФК Брагина Р.Ю. и мед. психолог Золотовская Л.М.

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Традиционно и в общественном сознании, и в научной литературе при изучении профессиональной деятельности специалистов социномических профессий (врачей, педагогов, социальных работников и т.д.) акцент делается, прежде всего, на позитивных аспектах работы с людьми. Вместе с тем совершенно очевидно, что именно работа с людьми в силу предъявляемых ею высоких требований, особой ответственности и эмоциональных нагрузок потенциально содержит в себе опасность тяжелых переживаний, связанных с рабочими ситуациями, и вероятность возникновения профессионального стресса ^[1].

Результатом подобного стрессового воздействия могут быть разнообразные астенические проявления, как то психическая и физическая утомляемость, истощаемость, снижение уровня активности с дефицитом бодрости и энергии, снижением мотивации и профессиональной продуктивности, повышение возбудимости, раздражительности, комплекс соматоформных проявлений в виде мышечной и головной боли, сердцебиения, диспептических нарушений, расстройства сна, что влечет за собой потребность в дополнительном отдыхе ^[2, 3].

Синдром эмоционального сгорания — это специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами/пациентами при оказании профессиональной помощи. Этот синдром проявляется в чувстве эмоционального истощения, дегуманизации (тенденции к развитию негативного отношения к пациенту), недостатке чувства профессионального мастерства. Длительное наличие этого синдрома приводит профессионалов к различным вариантам саморазруша-

ющего поведения — алкоголизму, невротическим и психосоматическим расстройствам ^[4].

Развитие синдрома эмоционального выгорания носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты (часто как следствие экстремально положительной установки на выполнение профессиональной деятельности). По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕННЫМ ФАЗАМ (BURISH, 1994)

1. Предупреждающая фаза:

- а) чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований, ограничение социальных контактов);
- б) истощение (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).

2. Снижение уровня собственного участия:

- а. по отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам и т.д. (потеря положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, проявления негуманного подхода к людям);
- б. по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);
- в. по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой);
- г. возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, ощущение, что другие люди используют тебя, зависть).

3. Эмоциональные реакции:

- а. депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, лабильность настроений, апатия);
- б. агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружающими).

Нерешенные или решенные неконструктивно конфликты, в результате СЭВ, не только ухудшают профессиональное взаимодействие и психологический климат в медицинском стационаре, но и подрывают доверие пациентов к лечащему врачу, ухудшают их эмоциональный настрой, могут свести на нет все усилия по лечению. Поэтому врачу любого профиля просто необходимо уметь правильно анализировать возникшие ситуации и владеть приемами их успешного разрешения, привлекая специалистов мультидисциплинарной команды (психологи и др.).

Благоприятный психологический климат в коллективе является фактором, существенно снижающим уровень конфликтности. Качество и производительность трудовой деятельности во многом зависят не только от совершенства ее организации, оснащенности, условий, но и от сплоченности коллектива, от характера взаимоотношений в нем, царящей эмоциональной атмосферы.

На сегодняшний день одним из практических направлений работы специалиста-психолога в медицинской сфере является работа с медицинским персоналом. Основными видами деятельности психолога являются:

- ▶ психодиагностика; ▶ психокоррекция;
- ▶ психоконсультирование; ▶ психопросвещение.
- ▶ психопрофилактика;

С сентября 2015 года в Казахском Научно-исследовательском институте онкологии и радиологии г. Алматы в рамках проекта выделена отдельная единица специалиста-психолога для работы с медицинским персоналом.

Научно-исследовательская и научно-практическая деятельность психолога, работающего с медперсоналом включает в себя следующие мероприятия:

1. Исследование феномена эмоционального выгорания среди врачей и медицинских сестер.
2. Исследование степени удовлетворенности пациентов пребыванием в нашей больнице с целью выявления факторов, определяющих мнение пациентов.
3. Исследование психологического климата коллектива.
4. Исследование мотивационной сферы медицинского персонала.

Целью нашего исследования стало выявление астенического состояния медицинского персонала учреждения (врачей и медицинских сестер).

Было проведено психодиагностическое обследование медицинского персонала, в качестве диагностического инструментария был взят тест-опросник для диагностики астении — Шкала Астенического Состояния (ШАС) (Майковой Л.Д., адаптация Чертовой Т.Г.). Под термином «астеническое состояние», или «снижение психической активации», подразумевается, отмечает автор методики, такое психическое состояние, которое характеризуется истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности психических процессов, расстройствами сна, физической слабостью и другими вегетативно-соматическими нарушениями[5].

В обследовании участвовало 160 человек двенадцати отделений института, из которых: врачи — 62 человека, медицинские сестры — 92 человека. В результате психодиагностического обследования были получены первичные данные о результатах обследования.

После анализа и обработки результатов мы получили следующие показатели:

- ▶ у врачей: отсутствие астении — 55,2%; слабая астения — 30,9%; умеренная астения — 10,6%; выраженная астения — 3,3%;
- ▶ у медсестер: отсутствие астении — 35,8%; слабая астения — 35,6%; умеренная астения — 19,4%; выраженная астения — 9,2%.

Стоит отметить, что анализируя ответы испытуемых-врачей, астенические проявления имеют место и их можно дифференцировать:

- ▶ по эмоциональному компоненту: совершенно верно – 12,0%; верно – 2,67%; пожалуй, так – 22,67%; нет, это не так – 62,7%;
- ▶ по психофизиологическому компоненту: совершенно верно – 6,67%; верно – 11,3%; пожалуй, так – 23,8%; нет, это не так – 58,0%;
- ▶ по когнитивному компоненту: совершенно верно – 12,0%; верно – 8,0%; пожалуй, так – 36,0%; нет, это не так – 44,0%.

Аналогично у медицинских сестер:

- ▶ по эмоциональному компоненту: совершенно верно – 20,0%; верно – 17,3%; пожалуй, так – 24,3%; нет, это не так – 34,7%;
- ▶ по психофизиологическому компоненту: совершенно верно – 13,3%; верно – 20,0%; пожалуй, так – 22,7%; нет, это не так – 44,0%;
- ▶ по когнитивному компоненту: показателей не выявились.

Таким образом, наше исследование показывает о необходимости усиления психологической работы с медицинским персоналом. В психопрофилактическом направлении предупреждения развивающегося синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), а также имеющимся СЭВ можно использовать различные подходы: лично-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения; меры, направленные на изменение рабочего окружения (предупреждение неблагоприятных обстоятельств), психологические тренинги, направленные на развитие коммуникативных навыков, обучение навыкам эффективного межличностного общения, раскрытия творческих ресурсов, тренингов уверенности в себе, а также тренингам личностного роста, и даже по тайм-менеджменту.

Для создания системы мероприятий психологического сопровождения была разработана «Программа психологической поддержки медицинского персонала в онкологической службе». Для реализации Программы на базе КазНИИОиР был открыт кабинет психологической разгрузки и «Сенсорная комната» на базе КазНИИ онкологии и радиологии.

Целью работы кабинета является организация системы психологической помощи не только пациентов, проходящих лечение в стационаре, но также и для работы с медицинским персоналом. Это обеспечит восстановление эмоционального и психологического баланса и повышению эффективности рабочего процесса, возможность получения релаксационного эффекта, поднятия духовного уровня, повышения морального тонуса и повышения качества жизни человека.

Литература

Бусовикова О.П., Мартынова Т.Н. «Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов». – Вып. 2. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. – 410 С.

Астенические расстройства в терапевтической практике: руководство по диагностике и лечению / под редакцией А.В. Шаброва, С.Л. Соловьевой. – СПб, 2010. – 379 С.

Смулевич, А.Б. Астения и коморбидные психические расстройства / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 4. – С. 4–7.

Рыбина О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004. – № 1. – С. 73–75.

Электронный ресурс: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/139-frustracia-vasserman>

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Реабилитация больных онкологическими заболеваниями при проведении специального противоопухолевого лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического) — одна из важных проблем клинической онкологии. Ограничение подвижности, инвалидизация, интоксикация, болевой синдром, изменение социального статуса, эмоциональные расстройства — эти и другие факторы затрудняют возвращение к труду и реадaptацию большинства пациентов без специальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель настоящего исследования: проанализировать возможности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий для больных онкологическими заболеваниями на основе опыта работы отделения восстановительного лечения.

Отделение восстановительного лечения (ОВЛ) было впервые организовано и открыто в онкологическом клиническом диспансере г. Кемерово в январе 2002 года. Основными задачами ОВЛ являются: психическая и физическая реабилитация онкологических пациентов при проведении специального лечения и после его завершения.

Больные направляются в ОВЛ в соответствии с разработанными показаниями врачами профильных отделений и поликлиники диспансера. Критерии отбора больных для лечения — формирование у них различного уровня выраженности нервно-психических расстройств вне зависимости от диагноза онкологического заболевания; профилактика послеоперационных и послелучевых осложнений, предполагаемых контрактур, восстановление нару-

шенных функций органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, формирование резервов к профессиональной деятельности (реадаптация).

За период 2002–2006 годы в ОВЛ были разработаны и внедрены в практику 4 лечебно-реабилитационные программы для онкологических больных на различных этапах лечения (специального и паллиативного) и после его завершения. Программы включают: психофармакотерапию, психотерапию, ЛФК, массаж, фитотерапию.

Данные программы утверждены в методических рекомендациях в 2005 г., а также защищены в 2006 году в РАМН НИИ психического здоровья г. Томск в диссертации по теме: «Нервно-психические расстройства у онкологических больных на различных этапах лечения (лечебно-реабилитационные аспекты).

С 2005 года начата активная совместная деятельность с МСЭ онкологического профиля, центром реабилитации инвалидов, направленная на профилактику, активное выявление и лечение нервно-психических расстройств и последствий специального лечения.

С 2007 года в отделении внедрена программа реабилитации больных раком молочной железы после хирургического и лучевого лечения. Это психологическое консультирование (и психотерапия), коррекция постмастэктомических и послелучевых осложнений (лимфатический отек, ограничение активных движений в плечевом поясе), что отражено в методических рекомендациях: «Реабилитация больных раком молочной железы (лечение лимфатического отека)», Кемерово, 2011 год.

Результаты лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых больным, анализировались и неоднократно публиковались в печатных изданиях (более 35), докладах на научно-практических конференциях.

С 2012 года в соответствии с требованиями федеральных медицинских стандартов начато консультирование онкологических пациентов торакального и маммологического отделений, что позволило расширить реабилитационные мероприятия для данного контингента больных.

В настоящее время психическая и физическая реабилитация онкологических больных в диспансере проводится в соответствии с показаниями и с требованиями медицинских стандартов.

Пациентам назначаются лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие психотерапию, психофармакотерапию, ЛФК, сопроводительную и симптоматическую терапию.

Психотерапия и психофармакотерапия направлены на купирование и профилактику нервно-психических расстройств, формирование адекватной внутренней картины болезни, установки на «жизнь», мотивации на «лечение», снижение «значимости» диагноза, преодоление имеющихся негативных установок и ожиданий, адаптацию к лечебному процессу.

ЛФК рекомендуется в соответствии с периодами лечения (предоперационный, послеоперационный: ранний, отсроченный, восстановительный и тренировочный периоды).

Сопроводительная и симптоматическая терапия назначаются при наличии обоснованных показаний, которые определяют консультации специалистов: онколога, терапевта, химиотерапевта, психотерапевта, кардиолога, невролога и др.

Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий является выравнивание клинических и экспериментально-психологических данных.

Восстановление физической активности больных, улучшение их психоэмоционального состояния повышает качество жизни этих пациентов не только на этапе специального лечения, но и после выписки из стационара, что оказывает непосредственное влияние на число социально-адаптированных пациентов, способных вернуться к общественно-полезной деятельности.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пограничные нервно-психические расстройства, формирующиеся у онкологических больных, усложняют проведение специального лечения и негативно влияют на течение опухолевого процесса. Больные, получившие своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, характеризуются более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни.

Цель: разработка и внедрение комплексных лечебно-реабилитационных программ для онкологических больных при проведении специального лечения на основе выявленных клинических особенностей нервно-психических расстройств у данного контингента больных.

Под нашим наблюдением находились 115 онкологических пациентов на этапе специального противоопухолевого лечения. На хирургическом лечении — 18 пациенток (15,6%), на химиотерапевтическом — 55 (47,8%), на лучевом — 30 (26,1%), на амбулаторном этапе — 12 (10,5%). Больных направляли в отделение восстановительного лечения врачи профильных отделений и поликлиники онкологического диспансера. Критериями для отбора были психогенно обусловленные аффективные и невротические нарушения независимо от диагноза онкологического заболевания. Средний возраст больных составил 44±0,47 года.

Для выявления нервно-психических нарушений применяли клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-ка-тамнестический экспериментально-психологический методы.

Наблюдение осуществляли на протяжении от одного до десяти месяцев, что зависело от длительности специального противоопухолевого лечения. В дальнейшем 53 больным (46,1 %) проводили катанестическое исследование сроком от одного до двух лет.

С целью сбора необходимых сведений и данных использовали «Базисную карту обследования онкологического больного», включающую анамнестические сведения пациентов, результаты их объективного обследования, диагноз, этапы клинической динамики.

При обследовании также применяли ряд экспериментально-психологических методик: исследование реактивной и личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру (в модификации Ханина Ю.Л., 1978); исследование самооценки по Т.В. Дембо–С.Я. Рубинштейн (1970); для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги — госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS, 1983). Для оценки эмоционального состояния больного, критического отношения к болезни и как психотерапевтический процесс использовали проективный метод визуализации представлений в рисунках больных ввиду простоты применения и наглядности.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий определяли на основе «Шкалы оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1980), отражающей степень достигнутого лечебного эффекта по трем параметрам: клинической динамике психопатологических проявлений; уровню социальной адаптации (сложившихся межличностных отношений, степени восстановления трудоспособности); данных экспериментально-психологических исследований.

Результаты: У больных на этапе специального лечения были выделены 3 синдрома: тревожно-депрессивный — 56 наблюдений (48,7%), депрессивный — 29 (25,2%) и субдепрессивный — 30 наблюдений (26,1%), которые согласно МКБ-10 квалифицировали как расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс (F 43.22, F 43.23, F 43.20, F 43.28, F 43.8).

Для преодоления выявленных пограничных расстройств были разработаны и внедрены 3 комплексные лечебно-реабилитационные программы. Первая программа — для онкологических боль-

ных с тревожно-депрессивным синдромом; вторая программа — для больных с депрессивным синдромом; третья программа — для пациентов с субдепрессивной симптоматикой.

Программы включали психофармакотерапию, психотерапию, ЛФК и симптоматическую терапию. Комплекс медикаментозных и психотерапевтических мероприятий строили на основе ведущего психопатологического синдрома. При проведении психотерапевтических техник мы сочетали индивидуальные и групповые методы работы, при этом основной акцент делали на групповую психотерапию.

Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий были выравнивание клинических (оптимизация настроения, уменьшение тревоги, нормализация ритма сна, преодоление боли и др.) и экспериментально-психологических данных. Оценку данных осуществляли до начала лечения, каждую неделю в течение первого месяца лечения, затем каждые две недели и после завершения специального лечения.

Так после лечения РТ снизилась на 16,9% (с 48,82±0,21 до 40,56±0,32) и у всех пациентов соответствовала умеренным показателям, ЛТ - на 11,7% (с 51,97±0,38 до 45,9±0,25). По данным шкалы HADS наблюдали снижение выраженности тревоги на 23,4% (с 14,0±0,11 до 10,72±0,09), депрессии - на 21,2% (с 12,41±0,11 до 9,78±0,09).

В целом, на этапе специального лечения по В.Я. Семке (1980) клиническое выздоровление было достигнуто у 4 больных (3,5%), значительное улучшение наблюдали у 11 больных (9,6%), неполное выздоровление — у 70 (60,9%), незначительное улучшение — у 30 больных (26,0%).

Выводы: внедрение реабилитационных программ показало их высокую эффективность и необходимость проведения онкологическим больным с целью лечения и профилактики аффективных и невротических расстройств психогенного происхождения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ

Актуальность: «Среди актуальных проблем современной онкопсихологии является вопрос: должен ли больной знать о диагнозе рак?». И в какой форме сообщать диагноз пациентом? «Прямая жесткая откровенность многих современных врачей, особенно западных коллег, нередко вызывает неодобрение и протест».

Цель исследования: Выявить особенности уровня тревоги, депрессии и качества жизни онкологических пациентов, находящихся в стационаре Казахского Научного Института Онкологии и Радиологии (КазНИИОиР), при сообщении диагноза «рак» и диагноза «опухолевое образование».

Материалы исследования. В настоящее исследование включены, данный 90 респондентов. Из которых 30 респондентов — пациенты хирургического стационара КазНИИОиР, которым был сообщен диагноз «рак», 30 респондентов — пациенты хирургического стационара КазНИИОиР, которым был сообщен диагноз «опухолевое образование», 30 респондентов — контрольная группа «пациенты хирургического стационара» Алмаатинской клинической клиники. Исследование проводилось с помощью случайной выборки в 2015 г. Все респонденты были опрошены по шкале тревоги и депрессии HADS, EORTC QLQ-C30.

Методы исследования:

1. Социологический метод;
2. Статистический метод.

Результаты исследования. Результаты исследования были обработаны статистической программой SPSS 16 методом Стьюдента. Результаты исследования показывают, что самый высокий уровень тревоги у пациентов, которым сообщен диагнозом «рак» — 10. Достоверность составляет $p \leq 0,1$. Затем идут пациенты контрольной группы «пациенты хирургического стационара» и пациенты, которым сообщен диагноз «опухолевое образование» находятся на одном уровне — 2, 375. Достоверность составляет $p \leq 0,1$.

Уровень депрессии у контрольной группы «пациенты хирургического стационара» и пациенты, которым сообщен диагноз «опухолевое образование» находятся на одном уровне — 6, 875. Достоверность составляет $p \leq 0,1$. Затем идут пациенты, пациентов, которым был сообщен диагноз «рак» — 5, 875. Достоверность составляет $p \leq 0,1$.

Уровень качества жизни у контрольной группы «пациенты хирургического стационара» и пациенты, которым сообщен диагноз «опухолевое образование» находятся на одном уровне — 80 %. Достоверность составляет $p \leq 0,1$. Уровень качества жизни у пациентов, которым был сообщен диагноз «рак» — 60 %. Достоверность составляет $p \leq 0,1$.

Выводы. По результатам исследования видно, что вербальная коммуникация оказывает сильное влияние на психоэмоциональный фон и уровень качества жизни пациентов в онкологии по сравнению с пациентами хирургических отделений другого профиля. Можно предположить, что у пациентов, которым озвучен диагноз «рак» и «опухолевое образование» разные механизмы защиты. Если рассматривать полученные результаты с точки зрения стадий Кублер-Росса, то можно предположить, что пациенты, которым был озвучен диагноз «опухолевое образование» принимают ту ситуацию в которой они на данный момент находятся в отличии

от пациентов, которым озвучен диагноз «рак». Пациенты, которые был озвучен диагноз «рак» имеют сильную тревогу, на основании которой можно предположить, что это мешает принять действительную реальность.

Данное исследование является первичным (пилотным), в дальнейшем планируется проведение углубленного исследования по данной тематике.

Использованная литература:

Научно-практический журнал имени Н.И. Пирогова «Хирургия». 10.2003. Москва 2003 год. В.Д. Федоров. Стр. 86-87. «Как говорить больному раком правду о его заболевании».

Научно-практический журнал С.П. Боткина. «Клиническая медицина». №8. 2003 год. Москва. Стр. 57-58. «Психологические психосоматические проблемы онкологии».

«Я ЕСТЬ!» ИЛИ ПАРАДОКСЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Другое наименование чувства бытия — это переживание «Я есть!». Переживание «Я есть!» — это не что иное, как чувство бытия. Развитие этой внутренней жизненной интегрирующей основы человека — чувства бытия — является одной из главных целей психотерапии. Именно оно является основой для установления отношений с собой, с миром и осознания собственной идентичности.

Диагноз «рак» обостряет главный экзистенциальный конфликт — конфликт между боязнью небытия и желанием быть: осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить. Развитие болезни, специфика лечения, изоляция, общественное «табу» на взаимодействие с болеющим раком, неясность перспектив лечения и жизни, физические боли, тревога и страх, враждебность, приводят человека к самообвинениям, жалости к себе, самонаказанию. В результате человек вырабатывает такой способ бытия, который суживает и ограничивает его жизнь.

Задача психолога и другого «помогающего» специалиста оказать помощь в возвращении клиенту чувства бытия, чувства жизни, переживания «Я есть!». Для того, чтобы человек жил более полной, насыщенной и осмысленной жизнью, которая происходит сейчас, в определенном месте, в определенное время.

На пути к жизни, к «Быть», парадоксальными становятся те факторы жизни, которые вступают в противоречие между собой и с очевидными, казалось бы, установками по отношению к ним.

Под «факторами жизни» в данном контексте понимается — выражение эмоций, агрессия, проговаривание своих проблем с другими людьми, умение отстаивать свое мнение и настаивать на своем, рациональность, депрессивность, социальная поддержка. Все эти факторы являются составной частью взаимодействия с другими людьми и с самим собой. Парадокс заключается в том, что направ-

ленность этих факторов неоднозначна и зависит от жизненного контекста: то, что «хорошо» в обычной жизни (качество жизни), может быть «плохим» в ситуации борьбы с онкологической болезнью (не способствует выживанию). На основании почти двадцатилетних исследований профессора Shulamith Kreiter (Израиль), можно сделать следующие практические выводы и предположения относительно некоторых жизненных факторов:

1. Согласно статистически подтвержденным данным (Shulamith Kreiter) переживание «Я есть!» — как осознание внутреннего потока эмоций, переживаний, мыслей, желаний — положительно коррелирует с «выживанием» (выздоровлением) в результате онкологического заболевания, но не связан с ощущением субъективного благополучия у здоровых людей. Возможно, перед здоровым человеком вопросы переживания бытия не встают столь остро, сколь во время болезни, поэтому связь статистически не значима.

2. Выражение эмоций значимо коррелирует с выживаемостью (выздоровлением), но при этом связи с ощущением субъективного благополучия здорового человека (качество жизни) не выявлено. Возможно связано это с тем, что в «обычной» жизни здорового человека проявление эмоций (в контексте отношений с другими людьми) не очень приветствуется социумом.

3. Выражение агрессии позитивно влияет на выживаемость болеющего (возможно, за счет освобождения сознания и психики от негативных эмоций — от злости, гнева, обид и т.д.) — позитивно (разрушающие эмоции не соматизируются). Но в отношении с людьми на агрессию наложено табу, видимо поэтому качество жизни страдает от проявления агрессии.

4. Проговаривание своих проблем с другими людьми имеет положительную корреляцию как с выживаемостью (выздоровлением), так и с ощущением субъективного благополучия (качеством жизни). Это, пожалуй, единственный фактор из перечисленных выше, который «хорош» как для выживания, так и для «обычной» жизни (значимая позитивная корреляция).

5. Умение отстаивать свое мнение и настаивать на своем имеет положительную связь с выживаемостью, тогда как влияние данного

фактора на качество жизни противоречиво (данные статистики такую связь не подтверждают).

6. Реалистичность — с качеством жизни данная характеристика имеет позитивную связь. Способность видеть реальность, понимать, «как оно есть», позволяет человеку видеть возможности и в целом жить более аутентичной жизнью. Но в случае болезни видение реальности, «того как оно есть» не всегда способствует выживаемости. Статистические данные свидетельствуют об обратном (отрицательная корреляция). Возможно, эта реальность настолько «угрожающая» для человека, что осознание того «как оно есть», может действовать разрушительно. Поэтому, далеко не всегда (а может и никогда) стоит «открывать» глаза человеку в связи со степенью тяжести его заболевания. Во всяком случае, здесь нет однозначной «формулы» для всех.

7. Депрессивность — одинаково негативно влияет и на качество жизни и на выживаемость болеющего.

8. Социальная поддержка является позитивным фактором для ощущения субъективного благополучия (качества жизни), но нет достоверных данных о наличии такой связи с выживаемостью (выздоровлением). Возможно, что изоляция болеющего, в небольшой степени является самоизоляцией. Желание близких помочь и поддержать не всегда может быть уместно. Иногда эта поддержка может быть чрезмерной, слишком опекающей, что может усиливать у болеющего ощущение беспомощности и «небытия».

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ (BIOFEEDBACK): ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С БОЛЕЮЩИМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Здоровый человек, как правило, в большинстве жизненных ситуаций — по крайней мере, по отношению к болезни — чувствует себя неуязвимым и находящимся в безопасности. Диагноз «рак» — сокрушает, оглушает, выбивает почву из-под ног, вызывая тревогу, страх, отчаяние. «Почему я?», «Почему это случилось со мной именно сейчас?», «Что я делал не правильно?» — все это вызывает у человека чувства беспомощности и бессилия, ощущения, что их жизнь больше им не принадлежит, что тело их предало. Диагноз и тяжелое лечение вызывают у болеющих ощущение потери контроля над собственной жизнью.

Болезнь проходит несколько «волн» в своем развитии. Зачастую, пока идет лечение, каким бы мучительным оно не было, у человека сохраняется ощущение, что «он все делает правильно», что он доверился врачам и процессу лечения (= сохранение контроля). Даже тяжелые последствия химиотерапии и лучевой терапии многими рассматриваются как «плата» за исцеление. Болеющие концентрируются на графике лечения и поведении, которое помогает справиться с лечением (=контроль). Однако, после периода активного лечения — даже в случае его успешности — у болеющего почти всегда наступает «состояние маятника» между нормальной жизнью и страхом возможного рецидива, что создает особые трудности, вызывая почти постоянные (особенно по ночам и в «спокойные» периоды жизни) приступы острой тревоги и страха, обостряющиеся перед очередной медицинской проверкой. Многие прибегают к помощи медикаментов, хоть ненадолго снижающих тревожность и страх.

БОС наглядно показывает связь между психологическим состоянием и физиологическими процессами, позволяя сделать сигналы со стороны организма доступными, то есть видимыми и измеряемыми. Работая с БОС и экспериментируя с воссозданием различных эмоциональных состояний (переживания радости, печали, беспокойства, раздражения, выражение злости, мышечное расслабление и др.), мыслями, дыханием, болеющий может увидеть, КАК все это влияет на физиологические характеристики, а также научиться произвольно этими характеристиками управлять: снижать напряжение, расслаблять мышцы, понижать артериальное давление, уменьшать боль итд.

В центре Vitality применяется устройство БОС — iOm Active Feedback Hardware by Wild Divine. Это устройство БОС, которое позволяет осуществлять непрерывный мониторинг внутренних процессов организма (связанных с деятельностью ЦНС и ВНС) и в графическом виде выводить эту информацию на экран.

В данном устройстве БОС используется биологическая обратная связь, основанная на измерении двух физиологических показателей:

1. электрического сопротивления кожи (Skin Conductance Level — SCL), которое напрямую связано с деятельностью вегетативной нервной системы, т.е. с уровнем стресса\ расслабленности. Повышенный SCL может быть связан с острым стрессом, пониженный — с состоянием истощения (в результате длительно существующего стресса);
2. вариабельности сердечного ритма (Heart Rate Variable — HRV), который непосредственно связан с энергетическим ресурсом организма, его способностью приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды. Чем выше HRV, тем сильнее человек, тем выше его адаптационный ресурс, тем лучше он справляется с жизненными вызовами и трудностями.

Программное обеспечение Wild Divine позволяет осознать единство и взаимосвязь мыслей, образов, чувств и физиологических ответов, наблюдаемых на мониторе. Причем, позволяя сделать это в легкой игровой форме. Сюжеты компьютерных

игр управляются сердечным ритмом человека (HRV) и его кожно-гальванической реакцией (SCL). Чтобы «выиграть», нужно привести сердечный ритм и SCL к определенным параметрам, при которых происходит оптимизация баланса между симпатической и парасимпатической нервной системой и синхронизация работы всех систем организма. Выполнить игру возможно только в определенных психологических состояниях: релаксации, радости, интереса, спокойного созерцания, состояниях эмпатии, принятия, сострадания и других, которые определяются инструкциями к игре. Эти состояния, в свою очередь, дают доступ к внутренним ресурсам человека и «запускает» процессы восстановления и исцеления.

БОС в центре Vitality применяется для работы с болеющими онкологическими заболеваниями с августа 2015 года. За этот период этим методом воспользовалось 9 человек с различными онкологическими диагнозами: 3 человека с рецидивирующим опухолевым процессом на стадии повторной химеотерапии, 6 человек — в состоянии ремиссии.

Основные жалобы болеющих: острая тревога, страхи, панические атаки, нарушения сна, депрессивные состояния, а также скачки артериального давления, сердечные перебои, боли различной локализации (головные боли, боли в суставах, позвоночнике).

Концептуальная идея применения метода для болеющих онкологическими заболеваниями: базируется на данных современных исследований, подтверждающих, что болеющие лучше справляются с недугом, болью и тревогой, если они убеждены, что обладают определенным контролем над своей жизнью. Биологическая обратная связь как раз дает такую возможность. Это своего рода «физиологическое зеркало», в котором отражаются внутренние процессы организма (деятельность вегетативной и центральной НС), которые обычно не доступны прямому наблюдению и произвольному изменению.

Идея метода, если ее попытаться выразить коротко, очень проста и заключается в том, что если человеку показать объективные данные о его физиологических процессах в реальном времени,

то он может научиться на эти процессы влиять и тем самым избегать негативных состояний. При этом, используя тот ресурс, который всегда доступен — свой собственный, но, как правило, скрытый и поэтому недоступный. Все это в совокупности позволяет не только значительно снизить фоновую тревожность, уменьшить боли различной локализации, снять мышечное напряжение и облегчить последствия и прохождение химеотерапии и лучевой терапии, но и вернуть человеку утерянное чувство контроля над собственным телом.

Методология: у клиентов делались замеры SCR, HRV и уровня согласованности (Coherence) перед началом занятия и после его окончания, а также описывались субъективные (психологические и физиологические) ощущения участников. В среднем каждый болеющий прошел 20–30 занятий с БОС по индивидуально подобранной программе. Длительность занятия — 50(60) мин. Периодичность — 1 раз в неделю.

Результаты:

1. В процессе занятий с БОС развиваются психологические и биохимические реакции, противоположные тем, что возникают при стрессе: усиливается альфа-ритм головного мозга; снижается уровень артериального давления, происходит насыщение крови кислородом, уменьшается число сердечных сокращений, уменьшается периферическое сопротивление сосудов; снижается электрическая активность мышц, уменьшается сосудистая реактивность = снижение стресса, доступ к ресурсам организма. Объективные показатели: к концу цикла занятий у всех участников зафиксировано: 1) снижение уровня SCL на 8–30%, увеличение уровня HRV на 5–18%, достижение уровня согласованности (Coherence) на 1–2 минуте выполнения упражнения (в начале занятий — на 8–15 минуте).

2. По субъективным самоотчетам участники указывали на то, что они научились контролировать некоторые свои физиологические жалобы (сердцебиение, «молоточки в голове» (головные боли), напряжение в мышцах спины, облегчение боли в суставах и позвоночнике).

3. Участники научились снижать уровень стресса и достигать состояния глубокой релаксации не только во время выполнения упражнений в кабинете, но и в обычной жизни (напр., перед обследованиями).

4. Участники говорили о приобретении чувства контроля над собственным телом и собственным эмоциональным состоянием. Указывали на то, что им нравится чувствовать себя активным участником процесса выздоровления, в противовес пассивной позиции «пациента».

В целом болеющие видят, что их усилия являются полезными и становятся оптимистичнее. В свою очередь рост положительных эмоций стимулирует мотивацию заниматься БОС, что приводит к еще большей результативности. Высокая результативность тренировок еще больше повышает самооценку и позитивный настрой и т.д., образуется круг позитивной обратной связи. В конечном итоге в ходе занятий БОС у болеющего снижается фиксация на своих переживаниях и увеличивается вера в свои возможности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОНКОБОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АУДИО-ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения, проведенные как в России, так и за рубежом, доказали наличие тесных взаимосвязей между такими важнейшими системами организма как нервная и иммунная, что послужило основой формирования такого научного направления как психонейроиммунология и ее научной ветви - психоиммунологии рака (Абрамова Т.Я., 2004; Ader R. et al., 2001; Vedhara K., Irwin M., 2005 и др.).

Известно, что хронический стресс всегда сопровождается иммунодепрессией (Segerstrom S.C., Miller G.E., 2004). Это приводит к накоплению в организме злокачественно трансформированных клеток (Michael H. Antoni et al., 2006). Такие повреждающие действия хронического стресса указывают на значимость психогенного фактора в развитии опухолевого процесса и свидетельствуют о необходимости применения психотерапии (наряду с медикаментозной) для купирования иммунологических расстройств у больных злокачественными опухолями.

В литературе есть данные, свидетельствующие о положительном изменении иммунной системы и психоэмоционального состояния онкобольных при использовании немедикаментозной психокоррекции (Бухтояров О.В., 2011).

На базе КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» нами было проведено исследование динамики психологических особенностей и клинических параметров крови у онкобольных при комплексном психокоррекционном подходе. За основу была взята компьютерная технология аудио-цветоимпульсной коррекции

психоэмоционального состояния человека «ЦветопсихоСоматика» (св-во о рег. №2007611273), наряду с которой психологом проводились групповые занятия и индивидуальное консультирование. В исследовании приняли участие 28 человек с диагнозом рак молочной железы в реабилитационном периоде. Курс психокоррекции длился 2,5 месяца (12 декабря 2014г. — 20 февраля 2015г.) и включал в себя 100 индивидуальных сеансов цветокоррекции продолжительностью 15 мин. каждый, 7 групповых встреч и 8 индивидуальных консультаций.

Предполагалось, что формирование в ходе комплексной психокоррекционной работы позитивного видения перспективы жизни и психологической направленности на выздоровление найдет отражение и в положительной динамике показателей иммунитета, что будет являться весомой составляющей общего лечебного процесса онкобольных.

Использовались следующие психологические методики: «Анкета оценки качества жизни» и «Тест MASQ измерения уровня общего дистресса, ангедонии и тревожности». Кроме того проводился клинический анализ крови с дифференцировкой лейкоцитов и проточная цитофлуориметрия. Измерения проводились до и после коррекции. Математическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «SPSS 17.0». Статистические сравнения проводились по Т-критерию Стьюдента. Корреляционный анализ осуществлялся по Пирсону.

Полученные результаты выявили улучшение психо-эмоционального состояния онкобольных, что проявилось в статистически достоверном снижении общего дистресса за счет уменьшения тревожного возбуждения (тест MASQ) и улучшении качества жизни пациентов по шкалам «физическое функционирование», «общее здоровье» и «жизнеспособность» (анкета оценки качества жизни) после комплексной психокоррекции по сравнению с исходным состоянием (см. рис.1).

По результатам анализа крови отмечались статистически достоверная нормализация показателей иммунного ответа (за счет роста популяции В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов хелперов) и увели-

чение уровня гемоглобина (см. рис. 2), что подтверждает данные и других исследователей (Бухтояров А.В. 2011).

С помощью корреляционного анализа были выявлены значимые связи тревожного возбуждения, проявляющегося в основном соматическими признаками тревоги с количеством лейкоцитов ($r=0,56$), с количеством Т-лимфоцитов ($r=0,75$), с количеством Т-хелперов ($r=0,67$).

Полученные данные позволяют рекомендовать комплексный подход с применением психологических и психофизиологических методов в реабилитации онкобольных раком молочной железы.

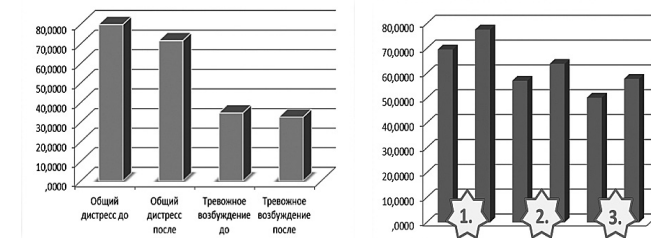


Рис.1. Статистические изменения по шкалам психологических тестов после психокоррекции. 1 — физическое функционирование; 2 — общее здоровье; 3 — жизнеспособность.

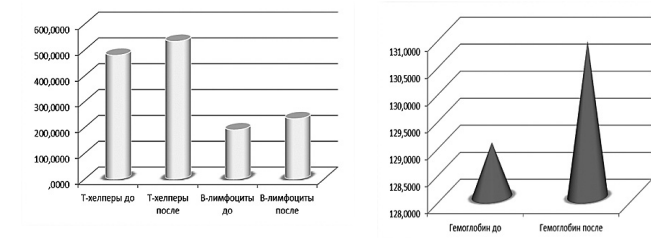


Рис.2. Статистически изменения клинических показателей крови после психокоррекции.

Библиографический список:

1. Абрамова Т.Я. Характеристика иммунной системы у здоровых людей с разными показателями высшей нервной деятельности: автореф. дис. д-ра мед. наук – Новосибирск, 2004. – 39 с.
2. Бухтояров О.В., Иммунологические и психологические характеристики больных злокачественными опухолями, их взаимосвязи и динамика в процессе психокоррекции: автореф. дис. д-ра мед. наук – СПб, 2011– 37 с.
3. Ader R., Felten D.L., Cohen N. Psychoneuroimmunology – San Diego: Academic Press, 2001. 1583 p.
4. Vedhara K., Irwin M. Human psychoneuroimmunology – N.Y.: Oxford Univ. Press, 2005. 368 p.
5. Segerstrom S.C., Miller G.E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry // Psychol. Bull. 2004. – Vol. 130, № 4. – P. 601-630.
6. Michael H. Antoni et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms Nature Reviews Cancer 6, 240–248 (1 March 2006) // <http://www.nature.com/nrc/journal/v6/n3/full/nrc1820.html>

КРИТЕРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ К КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Онкологическое заболевание, мифологизируемое в современном обществе фатальностью, заразностью⁵⁻⁶, сопровождаемое выраженной витальной угрозой и тяжелым соматическим состоянием, оказывает мощное воздействие на все аспекты личности человека, приводя к стойким состояниям дезадаптации⁷. Несмотря на широкую представленность как в отечественной, так и зарубежной клинической психологии работ, посвященных анализу закономерностей психической жизни в условиях онкологического заболевания, мы вынуждены констатировать, что мало разработанным остается вопрос выделения специфики и разнородности в психологическом реагировании на данную нозологическую группу с позиции психологической адаптации личности и ее критериев, качественно отражающих внутреннюю жизненно-смысловую репрезентацию, которую получает онкологическое заболевание в контексте всего жизненного пути личности.

При построении теоретической модели мы исходим из того положения, что в ситуации нормы жизни, при отсутствии выраженных трудных жизненных ситуаций наблюдается смысловой гомеостаз между личностью и средой, характеризующийся состоянием адаптации. Столкновение с онкологическим заболеванием, выступающим критической жизненной ситуацией по своим параметрам,

⁵Гнездилов А.В.: Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2007. – 168С.

⁶Тхостов А.Ш.: Психология телесности. – М. : Смысл, 2002. – 287 С.

⁷Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М.: Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПб университета. – 2010. - Серия 12. – Выпуск 1. – 9–16 С.

приводит к нарушению состояния адаптации, проявляющемуся различными типами реагирования.

Для проверки этой гипотезы нами было проведено эмпирическое исследование. В исследовании приняли участие 65 испытуемых — пациенты радиологического отделения областного онкологического диспансера г. Курска, находящиеся на стационарном лечении с длительностью заболевания до 6 месяцев и гинекологической сферой поражения. Методическое обеспечение исследования включало в себя структурированное интервью, архивный метод, метод наблюдения, метод контент-анализа, психодиагностические методики: тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, тест «Индекс стремлений» Деси и Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина; тест «Базовые потребности» Деси и Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина; тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова, методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разрабатываемом Т.Д. Василенко; методика «Кто Я?» М. Куна и Т. Макпартленда, опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе ZTP1 в адаптации А. Сырцовой; восьмицветовой тест М. Люшера.

В ходе статистической обработки данных были получены следующие результаты. В группе онкологических больных с дезадаптивным типом реагирования событийная насыщенность значительно ниже, чем в группе с адаптивным ($p=0,032$). Эти закономерности подтверждаются также в наличии значимых различий по критерию «графическая ориентация на будущее». В группе с адаптивным типом реагирования отмечаются более высокие показатели по критерию «графическая ориентация на будущее», по сравнению с группой дезадаптивного типа ($p=0,048$). Анализ событий, отраженных на линии жизни, позволяет сделать вывод о том, что в группе с дезадаптивным типом реагирования частота встречаемости негативных жизненных событий выше, чем в группе с адаптивным типом ($p=0,039$). В ситуации дезадаптивного реагирования в структуре жизненного пути представленность негативных событий выше, чем при адаптивном реагировании, негативная

смысловая атрибуция жизненного опыта приобретает более выраженный характер. Стремление к здоровью, центрация на факте заболевания, помимо представленности в методике «Линия жизни», проявляется и на уровне ролевой идентичности личности. В группе дезадаптивного реагирования при выполнении методики «Кто Я?» наблюдается статистически значимое преобладание частоты встречаемости самоописаний, отражающих принятие роли больного ($p=0,042$). Интересным является тот факт, что в группе с адаптивным реагированием на заболевание также присутствуют характеристики, являющиеся индикаторами состояния нездоровья, но они носят функциональный, а не ролевой характер. В ситуации онкологического заболевания независимо от типа реагирования, по сравнению с ситуациями здоровья и онкологической патологии (по данным, представленным в работе Т.Д. Василенко⁸), женщины не ощущают и не связывают себя с социально-историческими процессами, в картине мира онкологических больных отсутствуют события этой категории. Рассматривая специфику эмоционального реагирования как индикатор процессов, происходящих в смысловой сфере, мы отмечаем преобладание в группе с дезадаптивным реагированием более высоких показателей отклонения от аутогенной нормы. Это позволяет сделать нам вывод о том, что происходит снижение насыщенности и динамики эмоциональной жизни вследствие центрации на негативном смысле болезни и настоящем моменте.

Таким образом, мы выделили в качестве критериев адаптации к онкологическому заболеванию принятие/отрицание заболевания, элементы смысловой сферы личности, идентичности в аспекте принятия роли больного и параметров временной самоидентифицированности, отражающие гомеостатичность изменившейся реальности и ее внутренней репрезентации. Подвергнув их анализу, мы получили результаты, отражающие качественную специфику в реагировании на заболевание.

⁸ Василенко Т.Д.: Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: дис. ... д-ра. психол. наук. – Курск, 2011. – 414 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

В фокусе нашего исследования находятся семьи детей с жизнеугрожающими заболеваниями. В педиатрии под жизнеугрожающим заболеванием, прежде всего, понимают — заболевание крайне высокого витального риска, обрекающие ребенка на постоянное соблюдение правил поведения и указаний врачей. Такие заболевания имеют длительное и сложное происхождение, и не существует простой причины, вызвавшей их. При этом одним из условий является то, что нет надежды на полное излечение.

Наличие жизнеугрожающего заболевания у ребенка, оказывает мощное влияние на семейную систему и принципы ее функционирования, нарушая ее стабильность. Согласно логике ВОЗ, качество жизни ребенка напрямую связано с психическим здоровьем, которое можно определить, как степень комфортности внутри себя, так и в рамках своего ближайшего окружения — семьи. Многие семьи, имеющие в своем составе болеющих детей, являются или становятся дисфункциональными.

Мы предполагаем, что существует ряд психологических особенностей семьи, находящейся в условиях жизнеугрожающего заболевания, отличающих данную семью от семьи со здоровыми детьми. Такие различия могут быть представлены следующим психологическими особенностями семьи: жизнестойкость, семейная сплоченность и адаптация, и психоэмоциональное состояние семейной системы в целом.

Общая цель исследования — выделить и изучить психологические особенности семей ребенка с жизнеугрожающим заболеванием.

Достоверность выводов в настоящей работе обеспечивается адекватностью подобранных психодиагностических методик:

«Семейная социограмма» Э.Г.Эйдемиллера, В.Юстицкиса; Тест жизнестойкости. С.Мадди, адаптация Д.А.Леонтьева; «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.; Проективная методика «родительское сочинение»; Тест школьной тревожности Филипса. Проведение исследование сопровождалось клинической беседой с детьми и родителями, анализом медицинских карт, клинических случаев; а также формирование выборки по следующим критериям: содержательному, репрезентативности и эквивалентности испытуемых. Для статистического анализа использовался U критерий Манна-Уитни с учетом изменчивости признака (СКО) и частотный анализ.

Общий объем выборки составил 102 человека: 51 ребенок в возрасте от 7 до 12 лет и 51 родитель. Экспериментальную группу: 25 семей (родитель, ребенок), находящихся на стационарном лечении в ОБУЗ ОДКБ, и имеющими диагнозы, относящиеся к категории жизнеугрожающих. Контрольную группу составили 26 здоровых детей вместе с родителями. Исследование с детьми проводилось индивидуально, во второй половине дня.

Обращаясь непосредственно к анализу психологических особенностей, мы обращаем внимание на общее снижение жизнестойкости в семьях, имеющих ребенка с жизнеугрожающим заболеванием, чем в семьях со здоровым ребенком (при $p=0,000082$). Общее снижение жизнестойкости в группе семей, имеющих ребенка с жизнеугрожающим заболеванием, сопровождается снижением всех ее компонентов, а именно вовлеченности (при $p=0,000026$), контроля (при $p=0,000441$), принятия риска (при $p=0,001153$).

Погруженность всех членов семейной системы в пространство заболевания дополняют данные, полученные методикой «Родительское сочинение», мы можем отметить наличие значительно большей частоты встречаемости единиц, связанных с болезнью (при $p=0,000$), здоровьем (при $p=0,002$), чувствами тревоги и беспокойства (при $p=0,0001$).

Рассматривая особенности семейной адаптации и сплоченности, мы обращаем внимание на снижение прочности семейных границ

в группе с детьми, имеющими жизнеугрожающие заболевания (при $p=0,004309$). Это согласуется с данными полученными методикой «Семейная социограмма» по результатам выполнения которой обращает на себя внимание ряд фактов: в семьях со здоровым ребенком социограмма структурирована, члены семьи создают упорядоченную структуру; ответственность за стабильность семейной системы равномерно распределена между всеми членами семьи. В семьях же с больным ребенком социограмма носит хаотичный, неупорядоченный характер, а ответственность за состояние семейной системы приписывается либо болеющему ребенку (при $p=0,002$), либо одному из родителей (при $p=0,005$).

Обращает на себя внимание снижение таких параметров адаптации и сплоченности семейной системы, как: время (при $p=0,010677$), контроль (при $p=0,007672$), дисциплина (при $p=0,019965$), в семьях болеющего ребенка.

Показатели реальной сплоченности в семьях болеющих детей, статистически значимо ниже, чем в группах со здоровым ребенком (при $p=0,016289$). Наблюдается статистически значимая разница в представлениях о реальной и идеальной сплоченности в обеих группах (при $p=0,005609$).

Обращаясь к особенностям эмоциональной сферы болеющего ребенка, мы обращаем внимание на выраженное повышение школьной тревожности (при $p=0,012877$). В группе больных детей отмечается сверхнизкая физиологическая сопротивляемость стрессу (при $p=0,0022$), наблюдаются статистически более высокие показатели по критериям «фрустрация потребности в достижении успеха» и «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» при $p=0,000411$ и $p=0,019965$.

В ходе проведенного исследования гипотеза о том, что существуют специфические психологические особенности семей с детьми младшего школьного возраста, имеющими жизнеугрожающее заболевание, подтвердилась.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЕЙ КАК ЧАСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (на примере Санкт-Петербургского детского хосписа)

Санкт-Петербургский Детский хоспис включает в себя благотворительный фонд, медицинское учреждение и государственное автономное учреждение здравоохранения. Пациентами Детского хосписа являются дети и подростки до 18 лет с неизлечимыми заболеваниями в терминальной стадии и с коротким прогнозом жизни, а также страдающие потенциально смертельными заболеваниями, чье выздоровление возможно, но маловероятно, и чей жизненный прогноз может составлять многие годы.

Детский хоспис оказывает активное и комплексное попечение, включающее в себя физическую, психологическую, социальную и духовную помощь. Основная цель хосписа — улучшение качества жизни ребенка и его семьи.

Пациентами хосписа в том числе являются онкологические пациенты, находящиеся на разных стадиях заболевания. В зависимости от состояния и потребностей ребенка для него составляется индивидуальная программа психологического сопровождения, которая включает в себя как ежедневные индивидуальные занятия и беседы с психологами и педагогами, так и участие в досуговых мероприятиях.

Как показывает зарубежный опыт, организация досуга в больничных условиях является важной в работе с пациентами. Так в больницах США и Канады уже давно работают специалисты, одной из функций которых является создание комфортных условий для ребенка, находящегося на лечении в клинике, в том числе и за счет различных развлекательных мероприятий. Первая ассоциация

специалистов в области организации жизни ребенка в больнице была создана в США в 1966 году. Достаточно быстро выяснилось, что программы, реализуемые этими специалистами, сокращают время и усилия, затрачиваемые на формирование мотивации для лечения, уменьшают депрессивные реакции и конфликты детей с родителями и родителей с медперсоналом, ускоряют восстановление между курсами лечения, повышают удовлетворенность лечением и статус больницы⁹.

Попадая в больницу, пациент сталкивается с болезненными процедурами, с плохим самочувствием и отрицательными эмоциями. Для большинства детей больница — это не только место, где больно, но где еще и скучно. Медицинское учреждение устанавливает определенные правила и порядки для пациентов. Смена привычной для ребенка домашней обстановки на больничную, разлука с родителями и друзьями накладывают отпечаток на его поведение, что, безусловно, негативно складывается на его стоянии. Лечение и нахождение в больнице зачастую препятствует росту и развитию ребенка, проживанию им своего возрастного периода¹⁰.

Грамотная организация досуга в условиях больницы отчасти решает эти проблемы. Любимые и интересные занятия могут отвлекать от болезненных процедур, игры и встречи с друзьями помогут вернуть привычный образ жизни здорового ребенка, познавательные и развивающие мероприятия позволят развиваться и узнавать новое. Таким образом, основными функциями досуга в условиях больницы являются:

- ▶ отвлечь ребенка от болезненных процедур;
- ▶ показать, что и в больнице можно вести привычный образ жизни (приближенный к домашним условиям), особенно при длительном лечении и нахождении в стационаре;
- ▶ содействовать росту и развитию ребенка даже во время лечения;
- ▶ поддерживать родственников пациента.

⁹ Ю.В. Малова, Н.Ю. Федунина: Система организации жизни ребенка в больнице. Зарубежный опыт и отечественные перспективы // Московский психотерапевтический журнал, №1, 2008. ¹⁰ В.В. Николаева, Е.С. Андрианова, Г. А. Арина, О. Р. Пальмер: Ребенок в ситуации смертельно опасного заболевания. www.vsem-mirom.narod.ru/together/conf2_23.htm

В соответствии с данными функциями и задачами в Детском хосписе уже более четырех лет успешно развивается направление организации досуга, являющееся частью психологической помощи пациентам хосписа и их семьям.

Работу по организации досуга для пациентов и членов их семей в Санкт-Петербургском Детском хосписе можно разделить на следующие блоки:

5. ежедневные групповые мероприятия в стационаре;
6. выездные мероприятия на различные площадки города;
7. специальные мероприятия, организованные по запросам пациентов или членов их семей.

Остановимся на каждом пункте подробнее.

Ежедневно по будням в стационаре хосписа проходят различные досуговые мероприятия, которые онкологические пациенты могут свободно посещать вместе с другими. Каждый день мы предлагаем совершенно разные по форме и теме события, которые чередуются между собой в соответствии с расписанием. Так за каждым днем недели закрепилось определенное мероприятие.

Понедельник стал днем творческих занятий по рисованию и декоративно-прикладному искусству. Вторник — день общения с животными. За средой закрепился так называемый «мамин день», когда мы организуем мероприятия именно для родителей наших пациентов. Четверг — день концертов, спектаклей, представлений и так далее. Заканчиваем мы неделю творческим занятием по лепке из глины.

Каждую неделю для наших пациентов, в том числе и онкологических, организуется выезд на различные площадки города. Мы регулярно посещаем театры, музеи, концерты, спортивные мероприятия и так далее.

Если же пациент не хочет или не может по своему состоянию посещать ежедневные групповые мероприятия или выезжать в город, то мы организуем досуг специально для него, по его индивидуальному запросу, прямо в палате. В этом случае психолог, который ведет данную семью, выясняет интересы ребенка и в зави-

симости от них предлагает те или иные виды досуговой деятельности. Такая организация досуга особенно часто используется, когда онкологические пациенты находятся уже на терминальной стадии заболевания и не могут посещать групповые мероприятия.

Наибольшей популярностью в таких случаях пользуются общение с животными, с обычными — собаки, кошки, и более редкими — ежик, енот, обезьяна и другие. Подобные встречи могут проходить как разово, так и периодически, при желании ребенка. Специалисты отмечают, что такие встречи не только поднимают настроение ребенку, но и отвлекают его от боли, становятся желанными и долгожданными.

Еще один популярный вид досуга — творческие занятия, на которых используются разнообразные виды изобразительной и продуктивной деятельности — рисование, лепка, плетение, аппликация и другие. С помощью творчества пациенты могут выплеснуть свои эмоции, чувства, переживания. Общие творческие занятия объединяют специалиста и пациента, с одной стороны, и ребенка и родителей — с другой, помогая налаживать контакты между ними.

Для многих пациентов интересны различные спектакли, шоу и представления, которые также возможны в условиях палаты. Можно организовать музыкальный концерт или встречу, пригласив музыканта, актера или спортсмена непосредственно к ребенку. В таком случае ребенок может не только послушать любимую музыку, но и поговорить с гостем, задать ему вопросы, что для многих пациентов является давней мечтой.

Важно отметить, что сотрудниками хосписа организуются досуговые мероприятия не только для самого пациента, но и для членов его семьи. Как уже говорилось, по средам в стационаре хосписа проходит «мамин день», когда мероприятия организуются именно для родителей пациентов. Во время таких занятий пациенты остаются с специалистами или волонтерами, а мамы имеют возможность немного отвлечься, отдохнуть, уделить время себе. Это и творческие мастер-классы, и лекции о моде, «салоны красоты», кулинарные занятия и так далее. Если же родитель не может покинуть палату, вынужден постоянно находиться вместе с ребенком,

то такие мероприятия проводятся индивидуально, по запросам самих родителей в палате.

Как показывает опыт нашей организации, варианты досуга для пациентов могут быть совершенно разнообразны, вне зависимости от условий, в которых они проходят. Главное — это желание и интерес самих ребят. Мы считаем, что данное направление является важной частью психологической помощи и необходимым условием системы услуг в детском здравоохранении. «Если нельзя добавить жизни дней, то можно добавить дням жизни!».

АНАЛИЗ ЗАПРОСОВ НА РАБОТУ ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ

Возникновение у ребенка онкологического заболевания является тяжелейшим стрессом для семьи. Поэтому работа психолога начинается с первых дней появления ребенка в клинике и продолжается в течение всего лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения. Основной задачей психологической работы является адаптация пациента и его семьи к онкологическому заболеванию, его лечению и помощь в реабилитации.

Непосредственно лечение и дальнейшее наблюдение имеют несколько последовательных этапов. 1. Этап постановки или подтверждения диагноза в поликлинике. 2. Лечение в стационаре. 3. Выписка из стационара. 4. Диспансерное наблюдение в поликлинике (контроль).

Анализ запросов сотрудников, больных детей и членов их семей на работу психологов позволил выделить на каждом этапе лечения определенные периоды и отдельные моменты наиболее тяжелых и тревожных переживаний, когда особо необходима психологическая помощь, а также характерные для этих периодов обращения (запросы).

1. На первом этапе (обследование в поликлинике) основными запросами являются следующие: 1) депрессивное состояние детей и родителей; 2) активное сопротивление маленького пациента медицинским процедурам; 3) снятие острой реакции у родителей при сообщении им тяжелого диагноза; 4) переживания ребенка по поводу будущего изменения своей внешности; 5) уменьшение страхов перед лечением в стационаре; 6) отказ от лечения, неадекватное восприятие родителями прогноза заболевания.

2. Длительный этап лечения ребенка в стационаре можно разделить на несколько периодов. Адаптация ребенка и родителей к лечению и жизни в отделениях в течение первого месяца. Запросы к психологу: 1) помощь в адаптации к жизни в стационаре; 2) уменьшение депрессивного состояния ребенка, родителя; 3) работа по принятию тяжелого диагноза «рак» родителем и ребенком; 4) проработка переживаний ребенка по поводу изменений внешности; 5) сопротивление ребенка медицинским процедурам; 6) включение ребенка в учебный процесс в школе стационара; 7) помощь в налаживании контактов с родственниками и друзьями.

Первое проявление негативного влияния препаратов химиотерапии (ХТ) на нервную систему ребенка (между I и IV блоками). Запросы: 1) что происходит с ребенком, как правильно вести себя с ним; 2) как накормить ребенка.

Плановая операция требует подготовки ребенка к ней. Возникают запросы: 1) как подготовить ребенка к операции; 2) каким образом снять стресс после операции.

Тяжелая реакция ребенка на отдельные блоки ХТ в течение всего лечения, усталость от длительного нахождения в стационаре, тоска по дому и родственникам вызывают запросы: 1) поднять настроение, поиграть с ребенком, 2) пообщаться с самим родителем и всеми обитателями палаты.

Страх за жизнь ребенка, усталость, оторванность от дома и семьи, индивидуальные особенности характера могут способствовать возникновению напряжения между родителями в палатах и порождать конфликты на бытовой почве. Такие ситуации являются темой работы психолога по запросу одного из родителей или сотрудника.

Известие о смерти одного из детей в стационаре или дома вызывают острую эмоциональную реакцию во всем отделении. Эта ситуация требует срочной групповой и индивидуальной работы психолога по преодолению у детей и родителей тревоги и страхов за исход их лечения.

Продолжительное нахождение в стационаре, оторванность от семьи и здоровых детей вызывают следующие запросы родите-

лей: 1) как помочь здоровому ребенку, если он тоскует по маме, стал плохо учиться, не слушает старших; 2) как помочь мужу (жене) пережить одиночество и тревогу за близких; 3) как поддержать на расстоянии престарелых родителей; 4) что делать, если часть друзей и родственников «исчезла», а нужна человеческая помощь и эмоциональная поддержка.

При ухудшении состояния ребенка в процессе лечения идут запросы на работу по поддержке родителей и детей, снижению нарастающей тревоги и страхов.

3. Окончание лечения и выписка ребенка из стационара. Обсуждение ограничений и возможностей, планов на будущее, возможных проявлений посттравматических стрессовых реакций у детей и родителей, реабилитации, и одновременно снятие тревоги и напряжения в данный момент являются основными запросами родителей.

Если ребенок признан инкурабельным и выписывается из отделения на паллиативное лечение, запрос на поддержку семьи включает в себя необходимость рационального осмысления сложившейся ситуации, обсуждение дальнейшей жизни дома, возможности связи с хосписом, отношений со всеми членами семьи.

4. Выход в ремиссию. Приезд в поликлинику на контроль. Запросы: 1) проявление различных посттравматических реакций у детей, родителей и других членов семьи; 2) адаптация ребенка в школе, в других детских коллективах; 3) возможности реабилитации при отдаленных последствиях перенесенной химиолучевой терапии; 4) «инвалидное поведение» ребенка как метод манипуляций в семье; 5) отношения вылеченного ребенка со здоровыми детьми в семье; 6) проявления «синдрома дамклова меча» и работа с ними; 7) адаптация родителей на работе и в жизни; 8) снятие ситуативной тревожности при обследовании ребенка.

Обнаружение рецидива болезни является новым тяжелым стрессом для всей семьи. Актуальны следующие запросы: 1) где взять силы, ресурсы на борьбу; 2) как помочь ребенку снова включиться в процесс лечения, в борьбу за свою жизнь.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Онкологические заболевания занимают центральное место среди проблем клинической медицины. По данным Казахского НИИ онкологии и радиологии (2011) опухоли центральной нервной системы (ЦНС) в структуре заболеваемости детей со злокачественными новообразованиями в Казахстане занимают второе место (после лейкозов), составляя 20% от всех онкологических патологий детей. Рост онкологических заболеваний актуализирует проблему разработки инновационных форм клинико-психологической помощи, направленных на оптимизацию качества и продолжительности жизни пациентов. Существует прямая взаимосвязь между эмоциональным самочувствием пациентов и его физическим состоянием. Длительное лечение порождает психологические проблемы: деформацию межличностных отношений, трудности в обучении, усвоение школьной программы, трудности вхождения в социум. Специфичность рассматриваемой проблемы заключается в том, что вышеперечисленным проявлениям свойственны отсроченные по времени реакции, следовательно, работа с детьми с опухолями ЦНС не носит характера одноразового акта, а требует создания единой системы социальной, психологической и медико-психологической реабилитации в масштабах государства. Отсутствие единого методологического подхода к психодиагностическому обследованию и анализу результатов только повысило интерес к проблеме более углубленного изучения процессов реабилитации детей с опухолями ЦНС.

Несмотря на бурное развитие онкологии и в частности детской онкологии и значительное число публикации, посвященных вопросам клиники, диагностики и лечения злокачественных опухолей у детей, аспекты, связанные с психосоциальной реабилитацией пациентов с опухолями ЦНС, не нашли освещения в научной литературе нашей страны.

Существует необходимость разработки нового подхода повышения качества жизни детей с опухолями центральной нервной системы, который позволит подключить в мультимодальный процесс лечения психосоциальную службу и даст возможность проработать механизмы существенного влияния на повышение эффективности лечения за счет социально-психологической помощи, когда союзниками врачей онкологов в лечении ребенка выступает команда специалистов психосоциальной службы.

Онкологические заболевания представляют для пациентов не только угрозу жизни, но и пролонгированную угрозу качеству жизни, поскольку для многих они становятся хроническими.

Концепция «качества жизни», как важного количественно измеряемого конечного результата, в настоящее время применяется во многих сферах медицины, но впервые она была разработана для пациентов онкологического профиля.

В нашей стране разработана и утверждена Дорожная карта по совершенствованию детской онкогематологической службы в Республике, направленная на повышение уровня помощи больным детям и улучшению качества их жизни. Остальным нозологиям не было уделено достаточно внимания, в частности злокачественным новообразованиям ЦНС, которые с каждым годом увеличиваются.

В данное время на базе КазНИИ онкологии и радиологии г. Алматы проводится исследование по теме: «Разработка и совершенствование психосоциальной реабилитационной программы и повышение качества жизни детей с опухолями центральной нервной системы» (2015–2017 гг.).

Целью исследования является: повышение качества жизни детей с опухолями центральной нервной системы с помощью системы психокоррекционных мероприятий.

Исследовательские группы: 120 пациентов в возрасте 8–15 лет Центра детской онкологии КазНИИ онкологии и радиологии г. Алматы.

Контрольная группа: дети с опухолями центральной нервной системы в период постановки диагноза и на этапе проведения химиолучевой терапии;

Основная группа: дети с опухолями центральной нервной системы в период постановки диагноза и на этапе завершения курса лечения прошедшие программу социально-психологической реабилитации.

Обследование включали традиционные исследования психоэмоционального состояния пациентов с учетом локализации злокачественных новообразований ЦНС. Диагностические методы: проективные методики и психофизиологические методики — Методика Косса, Методика В.М. Когана, Методика Выготского-Сахарова, Методика СОМОР^[8], детские проективные методики психологического исследования: анализ продуктов деятельности ребенка (рисунки, изделия, вылепленные из глины, пластилина или сделанные из других материалов, панно) и анализ ассоциаций при восприятии образов внешнего мира, детский вариант CAT-H. Исследование качества жизни с использованием опросника PEDSQL 4.0 GENERIC CORE SCALES. Методы статистической обработки.

Основной конечный результат: повышение качества жизни детей с опухолями центральной нервной системы с помощью системы психокоррекционных мероприятий.

Анализ качества жизни при планировании программы лечения онкологических больных представляется важным не только с позиций необходимости учета индивидуальных черт пациента, но в связи с данными о высокой корреляции уровня качества жизни с показателями выживаемости, в частности у пациентов с опухолями ЦНС. В настоящее время проходит процедура языковой и культурной адаптации (казахский язык) опросников качества жизни,

в т.ч. опросника PedsQL проводится при координации международной организации MAPI Research Trust (Франция).

В ходе исследования были выявлены основные психологические проблемы, актуальность и необходимость решения которых отмечается как пациентами, так и родителями

В результате первичного анализа и диагностики было выявлено, что во время основного курса лечения, у пациентов наблюдается ряд выраженных изменений в психике: реактивные состояния в виде тревоги, страха, проявления депрессии, негативных и агрессивных реакций. Все это ведет к осложнению и затруднению процесса лечения. В результате проделанного анализа разработана Программа психосоциальной помощи и были достигнуты результаты, которые положительно отразились на психологическом самочувствии пациентов, изменении их отношения к болезни, а также более мягкому восприятию сложностей процесса химиотерапии, до и после операционного периода. Предварительные результаты подтверждают эффективность начатых научных разработок.

Улучшение эффективности психологической помощи можно наблюдать в следующих показателях: улучшения эмоционального состояния больных — 85,1%; улучшение физического состояния — 34,2%; снижение болевых ощущений — 28,5%; принятие своего положения — 74,2%; нормализация отношений с родственниками — 62,3%.

Таким образом, выявлена важность исследования психофизиологического состояния пациентов с опухолями ЦНС. Выбор психокоррекционных мероприятий производится с учетом локализации и распространенности процесса злокачественных образований ЦНС.

Продолжается накопление первичного материала. Данные качества жизни, которые будут включены следующим этапом исследования, могут стать основой, на которой будут разрабатываться реабилитационные программы для онкологических пациентов с опухолями ЦНС.

Литература

3. Блинов Н.Н. Некоторые гуманистические аспекты онкологии (докл.)//Вопр. онкол. -1996.-№3.- С. 108.
4. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопр. онкол.- 1996.- № 5.-С. 70-73.
5. Жумадулаев Б.М., Нургалиев З.Б. Принципы диагностики и результаты лечения опухолей головного мозга (ОГМ) у детей. Журнал «Онкология и радиология Казахстана», г.Алматы. - Изд.: Казахский НИИ онкологии и радиологии. – 2011.

«ЦЕЛИТЕЛЬНОЕ ПРИКОСНОВЕНИЕ К СТРАДАЮЩЕМУ ТЕЛУ» (МОДЕЛЬ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ СЕМЬЯМ ИМ. Ю.ШТЕРНА ИЕРУСАЛИМ. ИЗРАИЛЬ)

*Все мы нуждаемся в милосердии,
Все мы нуждаемся в прикосновении,
В бескорыстном тепле,
Давать, не желая получить взамен,
Давать не в силу привычки,
Просто, как светит солнце,
Как падает тень березы.
Иди ко мне, и я покажу тебе место,
Где можно дышать ..
Натан Зах*

1. Необходимость в интегративном подходе. Эпидемия онкологических заболеваний превратилась в бич XXI века и затрагивает напрямую или косвенно миллионы людей во всем мире. Значительные достижения современной онкологии зачастую не находят ответа на вопросы психологической, физической и духовной поддержки людей, столкнувшихся с раковыми заболеваниями и их последствиями. Многочисленные исследования и включение холистических методов помощи в структуру крупнейших онкологических центров во всем мире доказывает необходимость интегративного подхода к онкопациентам. Этот подход является наилучшим дополнением к методам конвенциональной медицины, способным преодолеть пространство боли и одиночества, и

наполнить человека в период тяжелой болезни теплом и любовью, возвращая ему человеческое достоинство и ощущение полноценности и важности каждой минуты жизни даже в самые тяжелые мгновения. Это равно касается и самого больного и его близких.

2. Модель и добровольческой организации, основанной на принципах холистической интегративной помощи онкобольным. На основании личного опыта по интегративному уходу и сопровождению моего мужа, Юрия Штерна, умершего от раковой болезни, мною в 2007 году был организован некоммерческий Центр холистической помощи онкологическим больным и их семьям. Центр мобилизует и обучает добровольцев, дипломированных специалистов в области комплементарной медицины, специализирующихся на помощи онкобольным. За 8 лет работы их число выросло с 25 до 135. В прошлом году было проведено около 8000 процедур холистической помощи для больных и членов их семей. Специалисты-добровольцы безвозмездно работают в четырех онкологических отделениях медицинского центра Шаарей Цедек, а также в платной клинике Центра. Работа Центра в больнице «Шаарей Цедек», дополняющая конвенциональные методы лечения, основана на юридическом договоре о взаимном сотрудничестве. Все процедуры проводятся с разрешения и под наблюдением медицинского персонала онкологических отделений и профессора Натана Черного.

3. «Давать, не желая получить взамен». Идея мобилизации и использования безвозмездной добровольческой помощи профессионалов основана не только на желании людей, которых раковая болезнь коснулась так или иначе, помочь другим людям и передать накопленный опыт, но и на принципе организации социальной профессиональной взаимопомощи в современном обществе. Поддержка и организация работы добровольцев в сложных условиях встречи с тяжелобольными людьми, внимание к их душевному и профессиональному равновесию и создание ощущения устойчивости — одна из главных задач нашей работы.

4. Цель нашей работы — на всех этапах болезни, от начальных стадий и первых сеансов химиотерапии, до последних минут жизни облегчать физические и психологические страдания, поддерживать моральный и психологический тонус путем сочетания различных тактильных техник. Мы способны быть с любым пациентом, с таким, каков он есть, не пытаясь сломать, переделать, убедить. Наши специалисты-добровольцы помогают в облегчении различного рода последствий химио- и лучевой терапии (проблемы желудочно-кишечного тракта, нейропатии, отеки лимфатической системы, бессонница, депрессия), в реабилитации выздоравливающих, а также в сопровождении и поддержке на последних стадиях болезни. Особенностью нашего Центра является обучение специалистов особым навыкам и знаниям для работы с онкологическими больными: рефлексотерапия, шиацу, шведский и тайский массаж, краниосакральная терапия, иглоукалывание, психотерапия, энергетические процедуры. В течение 8 лет работы накоплен огромный опыт, который касается не только медицинских и терапевтических аспектов помощи больным, но самого процесса создания и управления подобными структурами, повышения квалификации и личностного роста специалистов-добровольцев, эффективного взаимодействия с медицинским персоналом больниц.

5. Наше кредо. В основе мировоззрения нашего Центра помощи лежит непреложная вера в то, что каждый человек, сталкивающийся с онкологическим заболеванием, должен иметь свободный и ничем не ограниченный доступ ко всем методам интегративной холистической медицины для облегчения страданий и укрепления психологических и физических сил, независимо от возраста, пола, религии или экономического положения. Мы не излечиваем раковые заболевания, но пытаемся пробудить силы исцеления (К. Юнг), таящиеся в каждом из наших подопечных, относясь с полным уважением и доверием к ним на любом этапе болезни, в каком бы состоянии они не были. Поддержка родственников и близких, сопровождение потерявших своих близких из-за болезни также является нашей работой.

6. «Измена тела» и целительное прикосновение. Столкновение с раковыми заболеваниями, существующие стигмы и предрассудки, связанные с болезнью, известие о диагнозе, несущем угрозу жизни, зачастую выбивают (в прямом и переносном смысле) почву из под ног заболевшего. Это выражается в комплексе ощущений отторжения собственного тела, его чуждости и неподвластности — ощущении потери связи и власти над привычным и знакомым собственным телом, в столкновении с так называемой «изменой или предательством тела». Уделом раковых больных зачастую становится чувство постоянного одиночества. Сеансы холистической медицины, связанные с тактильным прикосновением, наполненные эмпатией, доброжелательством, уважением к желаниям и потребностям пациента, являются иногда наилучшим путем возврата чувства единения с собственным телом, возвращения возможности общения и разрыва кольца одиночества. По Элизабет Кублер-Росс, мы стремимся к тому, чтобы «дать каждому пациенту возможность получить наиболее эффективное лечение и не рассматривать каждого тяжелобольного как терминального, тем самым фактически отказываясь от него».

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ

*Я человек, я посредине мира,
За мною мириады инфузорий,
Передо мною мириады звезд.
Я между ними лег во весь свой рост -
Два берега связующее море,
Два космоса соединивший мост...
А. Тарковский*

1. Добровольческая работа и онкология. В онкологических отделениях больниц всего мира работают представители самых различных волонтерских организаций. Сфера приложения их сил чрезвычайно разнообразна - от медицинских клоунов и музыкантов до раздатчиков еды и помощи нянечкам. Добровольческие организации, волонтеры которых сочетают профессиональную деятельность с бескорыстным желанием помочь ближнему своему, достаточно редки. Центр холистической помощи онкологическим больным и их семьям им. Ю. Штерна, работающий более 8 лет в Иерусалиме, и насчитывающий около 140 добровольцев/профессионалов в области комплементарной медицины - пример организации такого рода. В нашем центре работают только дипломированные специалисты, которые посвящают часть своего времени профессиональной безвозмездной помощи другим людям.

2. База работы. Интегративный подход к раковой болезни, понимание необходимости в процедурах паллиативной помощи позволили руководству медицинского центра «ШаарейЦедек» поддержать наш проект и предоставили возможность развития в стенах

больницы, тем самым обеспечив постоянную базу деятельности наших волонтеров и сотрудничества с медперсоналом.

3. Модель добровольческой работы Центра: четкая и достаточно жесткая организация работы добровольцев и постоянная поддержка, сопровождение, обучение и повышение квалификации волонтеров с первых минут работы в Центре. Наши заботы и устремления сосредоточены на «помощи помогающим» как безусловной основе, позволяющей добровольцам не только проявлять свои профессиональные и личные качества, но постоянно развиваться, приобретая новые профессиональные знания, а также более глубокое понимание сложной и связанной с болезнью, угрожающей жизни, сферы нашей деятельности. Такой подход обеспечивает как развитие личной профессиональной практики самих добровольцев, так и возможность личностного роста и изменения жизненных приоритетов добровольцев, способствуя превращению нашей отдельных волонтеров в общину со схожими целями и интересами. Несмотря на сложные условия работы, около 30 процентов добровольцев остаются с нами более 5 лет, 40 процентов — более 3-х лет. По свидетельствам многих, день добровольной работы превращается для них в центр недели.

4. Принципы организации работы с добровольцами холистического Центра с онкологическими пациентами:

- ▶ мобилизация - основным источником пополнения рядов добровольцев/специалистов являются колледжи комплементарной медицины Израиля, дипломы которых отвечают нашим требованиям;
- ▶ система подготовки новых добровольцев поэтапная и включает в себя предварительное собеседование, трехдневный семинар подготовки, интервью, предварительное посещение больницы и клиники, подписание договора между Центром и кандидатом;
- ▶ границы и постоянный распорядок работы добровольцев;
- ▶ повышение квалификации и специализации в области онкологии (курсы и семинары);
- ▶ поддержка и постоянное сопровождение добровольцев;

- ▶ «моральный кодекс» — этический свод (законов) и правил поведения добровольцев Центра в больнице и в клинике Центра;
- ▶ общие мероприятия для всего коллектива.

5. Условия, позволяющие добровольцам в сложных условиях работы с тяжелобольными людьми, постоянно реорганизовывать свое внутреннее пространство, оставаясь в душевном и профессиональном равновесии. Атмосфера, царящая в онкологических отделениях, природа болезни и постоянные изменения, сопутствующие процессу заболевания выбивают почву из-под ног не только у пациентов, но и также влияет на помогающее окружение пациента. Соблюдение рамок и границ добровольческой работы (даже при проявлении желания добровольца работать больше и чаще) позволяет сохранить его настрой, способность наилучшим образом продолжать и выполнять добровольческую работу максимально долгий период.

- ▶ **постоянное место и часы работы:** каждый доброволец обязуется работать три часа 1 раз в неделю, в течение которых проводятся сеансы терапии с 3–4 больными в одно и тоже время в одном и том же месте, будь то клиника или больничное отделение;
- ▶ **работа в группах:** 3–5 человек (создание психологической и душевной устойчивости, помогающей справиться с естественно возникающими страхами и опасениями, обмен опытом, дружеские связи);
- ▶ **короткая групповая супервизия, заключающая каждую рабочую смену, проводится добровольцами, имеющими психологическое или психотерапевтическое образование и является поистине краеугольным камнем организации добровольческой работы.** Каждая супервизия является одновременно: методическим и клиническим семинаром, на котором обсуждаются профессионально интересные случаи, ситуации и методы работы; группой взаимной психологической поддержки и взаимной помощи, в которой могут нуждаться сами волонтеры. Это уникальная возможность осмысления понятий болезни, разлуки, смерти, и одновременно личностного роста и повышения своей профессиональной квалификации.

Таким образом, тяжесть, переполненность чувствами и информацией перерабатывается каждую неделю и не превращается в непереносимый душевный груз.

▶ **курсы и семинары по повышению квалификации:**

- продвинутые техники работы с онкологическими больными;
- проблемы коммуникации «терапевт–пациент» в онкологическом контексте;
- курс по духовному сопровождению и поддержке, помогающий проверить свое собственное отношение к таким темам, как смерть, болезнь, расставание.

Интегративная структура такого рода образует обширное пространство поддержки и уверенности, укрепляющее наших волонтеров и зачастую день добровольной работы становится центром, осью недели. Тем не менее, это лишь часть ответа на вопрос, что притягивает людей, что заставляет их каждую неделю возвращаться на «свой пост». Дополнительный ответ, на наш взгляд, скрывается в том удивительно открытом пространстве, которое образуется между пациентом и добровольцем во время процедуры, свободном от фальши, масок, обычных ухищрений, исчезающих во время раковой болезни. По свидетельству добровольцев и их подопечных, там возникает интимная энергетическая и душевная связь, наполняющая сердца обеих сторон любовью и благодарностью. Оказывается, что любовь, бескорыстная помощь, способность слушать и услышать, дотронуться — «дороже денег». Выполнять эту работу, исходя из самых чистых побуждений помощи ближнему — нелегко. Безусловно, эта установка требует постоянной работы с эго, ощущения призвания, процесса личностного роста и самосознания. В частности, каждый из добровольцев обязуется (и это действительно выполняется) не принимать деньги и подарки, не раздавать визитных карточек и не пополнять свою частную клинику за счет пациентов, для которых он работает бескорыстно.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОНКОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

На протяжении многих лет рак молочной железы (РМЖ) удерживает первое место в структуре причин смерти от злокачественных новообразований женского населения России и, соответственно, второе место среди всех причин смерти женского населения (46,1%). Активное выявление рака молочной железы за 2013 год в Курской области составило 28,7%. [Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздрава России, 2014.]

В то же время, продолжительность жизни онкобольных значительно увеличивается, показатели пятилетней выживаемости значительно возрастают для многих видов онкологического заболевания — в частности, для рака молочной железы они превышают 80%.

Тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, угроза смерти — все это разрушает стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, меняет ценности, перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни. (Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных // Журнал клинической психонкологии. — 2002. — № 2.). И онкологическое заболевание следует рассматривать как кризисную ситуацию, вызывающую кардинальную перестройку привычных способов поведения. Такой диагноз влияет на человека по-разному, в зависимости от

нозологической болезни или личностных особенностей больного. Но можно выделить и общие закономерности в восприятии такого диагноза. Во-первых, это заболевание принимается пациентами как неизлечимое, что уже является психической травмой. Необходимость оперативного лечения также пугает больных. (Ткаченко, 2008).

А при диагнозе рак молочной железы на восприятие болезни влияет еще и факт поражения именно груди. У женщин любого возраста с раком молочной железы перспективы утраты женственности, красоты и, как следствие, изменение отношений с людьми вызывают тяжелейший стресс. Женская грудь в нашем представлении — синоним животворных сил женщины, атрибут женственности и эротики. Поэтому для многих женщин всевозможные ассоциации, связанные с этой частью тела, — сугубо личный и эмоциональный момент. Опасна не только опухоль сама по себе, но и страх перед ней, боязнь ее возникновения (Тарабрина Н.В). Справляться с кризисной ситуацией, в частности, онкологическим заболеванием, помогают копинг-стратегии. Эти стратегии могут иметь различную степень адаптивности. Весомый вклад в изучение проблемы совладания с болезнью внес Е. Heim. Изучая копинг-стратегии у онкологических пациентов, он выделил 26 видов копинга, относящихся к когнитивной, эмоциональной либо поведенческой сферам. Он также разделил все копинг-стратегии на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные [Heim, E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? / E. Heim // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. — 1988. — № 1].

Мы считаем, что в процессе формирования той или иной стратегии совладающего поведения значительную роль играет фактор социальной поддержки. J.C. Coyne и D.A. Smith указывают, что стратегии преодоления дистресса и социальная поддержка определяются взаимозависимыми процессами, протекающими в рамках межличностных отношений. [Coyne, J.C. Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives distress / J.C. Coyne, D.A. Smith // J. of Pers. & Soc. Psychol. — 1991. — Vol. 61.]

Установлено, что на способность пациентов использовать социальную поддержку влияет выбор активной стратегии копинг-поведения, нежели социодемографические и клинические переменные. Высокий уровень социальной поддержки в сочетании с активной копинг-стратегией оказался связанным с успешным лечением, в то время как наименее благоприятным было сочетание депрессивного копинга с низким уровнем воспринимаемой социальной поддержки [Sollner, W. Interactive Patterns of Social Support and Individual Coping Strategies in Melanoma Patients and Their Correlations With Adjustment to Illness / W. Sollner [et al.] // Psychosomatics. – 1999. – Vol. 40.].

Источники социальной поддержки могут быть разные: близкое семейное окружение, друзья, знакомые. В принципе, это логика соответствует традиционному подходу к совладанию, однако именно в рамках изучения адаптации к изменяющейся социо-культурной среде была показана определенная амбивалентность влияния характеристик социальной поддержки на параметры адаптации. В целом, результаты исследований свидетельствуют о неоднозначном влиянии различных источников социальной поддержки (классифицируемых по критерию «свои–чужие») на успешность преодоления трудностей кросс-культурного перемещения.

Однако заметим, что сама возможность получения социальной поддержки, в свою очередь, очевидно связана с определенными личностными качествами коммуникативного характера: ведь способность человека справиться с трудностями предполагает определенный уровень контроля за ситуацией, что, в свою очередь, связано с его общей коммуникативной компетентностью. В то же время неадекватность субъекта в ходе межличностной коммуникации может иметь своим следствием его дальнейшую социальную изоляцию и быть причиной трудностей совладания. В частности, на кросс-культурном материале выяснилось, что недостаточная коммуникативная компетентность субъекта связана с различными проявлениями психологического неблагополучия в ходе адаптации, а именно — эмоциональной нестабильностью, снижением уровня удовлетворенности жизнью и неудовлетворенностью своей способностью к преодолению проблем (Мацумото, 2003).

ПОЛЕЗНЫЕ КООРДИНАТЫ

- ▶ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ «ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»
- ▶ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ШЕРЕДАРЬ»
- ▶ АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»
- ▶ АНО «ПРОЕКТ СО-ДЕЙСТВИЕ»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ «ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив» создан в 2011 году. Основные направления — системное развитие в области паллиативной помощи детям (ППД), внедрение лучших инновационных мировых практик, повышение осведомленности общества. Фонд является членом Международной сети паллиативной помощи детям (ICPCN), Европейской ассоциации паллиативной помощи (EAPC), Российской ассоциации паллиативной медицины, Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

Фонд реализует программу «Формирование ресурсно-методической базы паллиативной помощи детям», в которую входят подпрограммы: «Стратегические инициативы», «Образование», «Работа с регионами» и «Обезболивание». Общая цель программы — развитие национальной системы паллиативной помощи детям (ППД), которая сможет обеспечить максимально возможный уровень качества жизни и социальной адаптации детей и молодых взрослых с неизлечимыми заболеваниями, а также их семей.

НАША МИССИЯ

Мы создаем условия для достойной жизни детей с неизлечимыми заболеваниями и их семей. Мы участвуем в становлении профессиональной паллиативной помощи в России. Мы верим в ценность каждой человеческой жизни для нашего общества.



119019, г. Москва, Лебяжий переулок, д. 8/4, стр. 1.
+7 (499)704-3735.
info@rcpcf.ru

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ШЕРЕДАРЬ»

Благотворительный фонд «Шередарь» учрежден в 2012 году. Основная миссия Фонда — это помощь в создании и развитии системы детской реабилитации после онкологии в России. Фонд регулярно проводит полностью бесплатные реабилитационные программы терапевтического отдыха для детей, перенесших онкогематологические заболевания, от 7 до 17 лет, а так же для сиблингов (здоровых братьев и сестер детей, перенесших заболевания). В 2014 году Фонд завершил строительство собственного детского оздоровительно-реабилитационного центра, самого современного на сегодняшний день. Центр является круглогодичным и может принимать детей со всей России с любыми ограничениями возможностей здоровья. Ежегодно Фонд проводит обучающие образовательные конференции для специалистов реабилитации, а также готовит волонтерский корпус реабилитационных программ. Свою работу «Шередарь» ведет в соответствии со стандартами Международной ассоциации реабилитационных центров «SeriousFun Children's Network» и активно сотрудничает с экспертами ассоциации из Европы.



info@sheredar.ru
+7 (499)372-15-53
www.sheredar.ru

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи — некоммерческая организация, объединяющая юридические (медицинские, благотворительные и пациентские организации) и физические лица (специалистов, пациентов и их родственников) для достижения общественно полезных целей в области паллиативной медицинской помощи.

Миссия Ассоциации: развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации во всех ее аспектах. Ассоциация занимается формированием стандартов оказания паллиативной медицинской помощи в целом, повышением квалификации врачей в области паллиативной и хосписной помощи, содействует развитию хосписов для взрослых и детей, разрабатывает методические материалы для стандартизации работы.

Ассоциация была создана с целью объединить усилия и опыт врачей, пациентов и общества для выстраивания гуманной и эффективной системы помощи неизлечимо больным людям — как взрослым, так и детям. Правление Ассоциации возглавила Диана Владимировна Невзорова — кандидат медицинских наук, главный врач ГКУЗ «Хоспис №1 им. В.В. Миллионщиковой» Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения РФ. Учредитель Ассоциации — правозащитник, публицист, автор книги «История болезни» Ирина Ясина.



www.pro-hospice.info
info@pro-hospice.info
+7 (906) 705-37-48

ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»

Фонд помощи хосписам «Вера» — единственная в России некоммерческая организация, которая занимается поддержкой хосписов и их пациентов: неизлечимо больных взрослых и детей. Девиз фонда: если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь.

Фонд был создан в ноябре 2006 года и назван в честь Веры Васильевны Миллионщиковой, основателя и главного врача Первого московского хосписа. Когда Вера Васильевна серьезно заболела, встал вопрос о том, что будет с хосписом. Для его поддержки и был создан фонд, который возглавила дочь Веры Миллионщиковой Нюта Федермессер.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ФОНД:

- ▶ поддерживает работу нескольких десятков хосписов по всей стране;
- ▶ помогает семьям с неизлечимо больными детьми в Москве и регионах;
- ▶ участвует в создании первого в Москве детского хосписа «Дом с маяком»;
- ▶ организует конференции и стажировки для персонала хосписов.



www.hospicefund.ru
fund@hospicefund.ru
+7 (965) 372-57-72

АНО «ПРОЕКТ СО-ДЕЙСТВИЕ»

«Проект СО-действие» занят комплексом задач, связанных с поддержкой и адаптацией людей, имеющих онкологические заболевания, формированием ответственного отношения к своему здоровью у населения, профилактикой профессионального выгорания у врачей, обучением психологов специфике работы с онкологическими больными.

МИССИЯ

Всемерное содействие улучшению положения онкологических и других тяжелых больных и их близких в России через предоставление профессиональной психологической, социальной, юридической, информационной помощи, а также через взаимодействие с органами власти, государственными учреждениями и профессиональными сообществами.


Всероссийская круглосуточная бесплатная линия психологической помощи 8-800-100-0191 для онкологических больных и их близких — основное направление работы АНО «Проект СО-действие». Позвонив на линию, пациенты и их близкие могут поговорить со специально подготовленным психологом или юристом по медицинскому праву, есть возможность поговорить со священником.

ТАКЖЕ В АКТИВЕ ПРОЕКТА

- ▶ Очные индивидуальные консультации и группы поддержки онкологических больных;
- ▶ «День без болезни» — программа организации досуга онкобольных;
- ▶ Тренинги для медицинского персонала по коммуникации «врач-пациент» и профилактике профессионального выгорания;
- ▶ Информационные кампании по повышению медицинской культуры;

- ▶ Курсы повышения квалификации по онкопсихологии;
- ▶ Волонтерский проект для профессиональных психологов;
- ▶ Организация ежегодных съездов онкопсихологов.

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


www.co-operate.ru
contact@co-operate.ru
+7 (499) 553-04-70

ДЛЯ ЗАМЕТОК
