

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**VIII ВСЕРОССИЙСКИЙ
СЪЕЗД ОНКОПСИХОЛОГОВ**

20–22 октября 2016

Москва

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

«VIII Всероссийского съезда онкопсихологов»
Москва, 2016—76 стр.

Подготовлен Службой «Ясное утро».

Использование и публикация статей возможны
только с согласия авторов.

Пунктуация и орфография в статьях — авторская.

Сборник тезисов можно скачать на сайте
yasnoeutro.ru

Служба «Ясное утро»
contact@yasnoeutro.ru

Настоящий сборник включает тезисы VIII Всероссийского Съезда онкопсихологов.

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

В этом году в Съезде принимают участие 200 профессионалов, работающих в сфере оказания помощи онкопациентам и их близким по всей России: психологи, общественные деятели, социальные работники, медики, представители некоммерческих организаций. Среди них наши коллеги из 50 городов России, а также специалисты из стран ближнего зарубежья.

Мы благодарим всех участников и надеемся, что выдвинутые на Съезде инициативы найдут свое практическое применение. Мы верим, что с вашей помощью система оказания психологической помощи онкопациентам продолжит активно развиваться и в дальнейшем.

VIII Всероссийский Съезд онкопсихологов
Служба «Ясное утро»
Октябрь, 2016

ТЕЗИСЫ

- 8 Современные методы диагностики для психологической реабилитации онкологических больных детей и их родителей
Н.Б. Аскаргалиева
- 12 Особенности отношений в диаде «мать-ребенок» в детской онкологической клинике
М.А. Гусева, Г.Я. Цейтлин
- 17 Специфика эмоционального выгорания и защитно-совладающего поведения медработников онкогематологического отделения
Е.Л. Егорова
- 21 Дифференциация приемов работы с лицами с вынужденными нарушениями артикуляционного аппарата на клиническом этапе лечения
Е.А. Жалейко
- 25 Алгоритм психологической реабилитации онкологических пациентов на всех этапах лечения и диагностики в РКОД МЗ РТ
М.В. Кирюхина, И.И. Хайруллин, А.И. Хасанова
- 29 Возможности реабилитации больных раком пищевода и желудка на этапе специального лечения
Е.П. Комкова, С.А. Коломиец
- 32 Психологические аспекты реабилитации женщин с раком молочной железы
Л.И. Костерева
- 35 Психотерапевтическое сопровождение женщин с онкопатологией молочной железы
И.В. Овчинникова, Е.В. Пчелинцева
- 38 Ресурсы нейрокоррекционной реабилитации онкологических пациентов
В.В. Стрельцов, М.В. Базиков
- 42 Применение арт-терапии в реабилитации пациенто с онкологическим заболеванием
О.В. Чвилёва, В.И. Егоров, Н.Г. Бодрикова

45

Зависимость предоперационной тревожности от психических защитных механизмов у больных раком простаты

А.В. Чернов, Ж.Р. Гарданова, И.И. Абдуллин

49

Некоторые аспекты влияния психозэмоционального стресса на возникновение рака молочной железы

И.Д. Черных, Л.М. Курьян

СТАТЬИ

55

Если вы потеряли...

П.Ю. Четкарева

58

Об опыте работы Центра психологической поддержки пациентов с онкологическими заболеваниями «Ради жизни»

А.М. Андреева, Т.Ю. Владимирова

61

Непрерывно действующая профилактика синдрома выгорания — методика и практика

Л. Штерн, Р.Г. Березовский

ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

68

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив»

69

Благотворительный фонд реабилитации детей, перенесших тяжелые заболевания, «Шередарь»

70

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

71

Фонд помощи хосписам «Вера»

72

Благотворительный Фонд Константина Хабенского

73

Вместе против рака

74

Служба помощи онкологическим больным и их близким «Ясное утро»

— ТЕЗИСЫ —

Н.Б. АСКАРГАЛИЕВА психолог

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Результаты лечения онкологически больных детей, их «качество жизни» зависят не только от физического состояния, но также от психологического благополучия, как самого больного, так и членов его семьи. Ажигалиев Н.А., [1] разрушая стереотип об онкозаболеваниях как о фатально неизлечимых болезнях, заверяет, что в настоящее время у онкобольных шансов вернуться к здоровому образу жизни намного больше, чем 10–15 лет назад. При этом необходима психологическая реабилитация онкологически больных детей и их родителей.

Психологическая реабилитация пациентов важна для минимизирования вреда от психической травмы, полученной в течение болезни и лечения, с целью добиться рационального использования внутренних ресурсов онкобольного ребенка и способствовать эффективности лечения и успешному выздоровлению. Под психологической реабилитацией мы будем рассматривать определенный процесс, по результатам которого сформируется активное отношение к нарушению здоровья, снизится влияние от перенесенной психологической травмы, возникшей во время заболевания, онкобольные дети и их родители обретут душевное равновесие, у них восстановится позитивное восприятие жизни, семьи и общества.

Когда онкологическим заболеванием болеет ребенок, чрезвычайно важно влияние родителей, их родительских убеждений и установок на отношение к болезни и процессам лечения, а также на психологическую адаптацию онкобольного ребенка. «Дети — это зеркало родителей».

Предоставляемое в Научном Центре Педиатрии и Детской Хирургии (НЦП и ДХ) лечение построено на принципе междисци-

плинарного подхода. Для повышения эффективности лечения и обеспечения качества жизни ребенка и их родителей (опекунов) в стационаре, помимо комплексного, специального лечения, детям и их сопровождающим оказывается психологическая и социальная поддержка на всех этапах высокоспециализированной помощи. Необходимость такого подхода подчеркивает Полин А.В.: «...решающая роль в лечебном процессе зависит от единого стиля работы всего лечебного коллектива и вовлечения в этот стиль больного как временного участника». Единообразный, рациональный подход всего лечебного коллектива к больному играет важную, решающую роль в эффективности лечения [2]. Поэтому в НЦП и ДХ является важным создание психологического комфорта онкобольному ребенку и его родственникам, разрешение организационных вопросов, с целью обеспечения круглосуточного, совместного пребывания в стационаре ребенка и его сопровождающего (такowymi могут быть сами родители мама или папа, бабушки или дедушки, братья или сестры, дяди или тети, или опекуны). С момента поступления и до выздоровления, в процессе лечения наряду с профессионалами-онкологами участвуют клинические психологи и специалисты по социальной работе. Первое знакомство начинается с совместной, первичной беседы врача и психолога с родителями (опекунами) о характере заболевания, с сообщением о тактике лечения.

Через две–три недели пребывания в стационаре, ребенком и его родственниками осознаются все тяготы сложившейся ситуации, их первоначальное эмоциональное состояние постепенно переходит в депрессию, которая может протекать длительно. За это время, ребенок уже прошел один из курсов химиотерапии, у него начинаются изменения в характере, приходит усталость от пребывания в больнице, меняется его внешний вид — у него выпадают волосы, от безысходности, болей и безвыходности меняются требования к родителям, начинаются конфликты, они перестают кушать, многие дети не позволяют родителям входить в палаты и т.д.

На этом этапе важна правильно подобранная диагностика, с целью оценки личности онкобольного ребенка и его сопровожда-

ющих. В нашем случае для детей (подростков) подобрана методика ADOR «Поведение родителей и отношение подростков к ним», авторы Шафер Э. (Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицына Е.Е.) [3], отдельно отношение к матери и отцу. Для членов семей применена методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument—PARI) предназначенная для изучения отношения родителей (прежде всего матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли), авторы американские психологи Шефер Е.С. и Белл Р.К. в России методика адаптирована Неццетт Т.В. [4].

По методике ADOR было опрошено всего 68 подростков онкологического отделения в возрасте от 13 лет до 18 лет, из них: девочек — 26, мальчиков — 42. В результате тестирования выявлено, что общая оценка взаимоотношений: с матерью - плохо, с отцом - хорошо. Может быть, это и объясняет поведение детей, когда они не пускают родителей в палату, конфликтуют с ними, отказываются от лечения. Но, возможно, полученный результат объясняется тем, что часто вместо родителей с детьми в стационаре, во время очередной госпитализации, находятся их родственники — бабушки, дедушки, дяди, тети, сестры и братья.

По методике PARI было протестировано такое же количество, 68 родителей. Выявлено много аспектов касающихся разных сторон отношений родителей к ребенку и жизни в семье. Анализ шкал, становится ключом к пониманию и осмыслению особенностей неудавшихся взаимоотношений между родителями и ребенком, помогает определить зону напряжений в отношениях.

Методики ADOR и PARI оказывают большую помощь в подборе, подготовке и проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий для индивидуальных и групповых методов работы, направленных на психологическую и эмоциональную поддержку, на снятие напряжения, корректированию страхов и преодоления негативных эмоций — боль, агрессия, обида, гнев. В процессе психообразовательных мероприятий и коммуникативных тренингов применяются методы арт-терапии, рисование, сочинение сказок, лепка, нуклотерапия и др..

Основной задачей совместной групповой арт-терапии детей и взрослых является уменьшения «барьера страдания» с целью повышения контактности и улучшение взаимоотношений детей с родителями, где главным является то, что: находясь рядом с родителями, онкобольной ребенок одновременно получает удовольствие от занятий и находится в центре внимания взрослого, раскрывая творческие способности — получает похвалу и одобрение, и таким образом, быстрее преодолевает психологические трудности, меняя свою психологическую реальность достигает позитивного настроения на лечение, и на дальнейшую жизнь.

Литература:

1. Ажигалиев Н.А., Ким В.Б. — «Фатальных болезней не бывает», Аргументы и факты, Казахстан №8, 20-26.02.2008г., с.8
2. Полин А.В. — Медицинская психология. Полный курс. М., «Научная книга», 2013г., стр.12 (320).
3. Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицына Е.Е., — Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. — СПб. «Речь», 2004г., стр. 256.
4. Карелин А.А. — Методика PARI (Шефер Е.С., Белл Р.К.; адаптация Неццетт Т.В.)/Психологические тесты. Ред. Карелин А.А. — М., 2001г., Т.2., стр. 130–143.

М.А. ГУСЕВА клинический психолог
руководитель психологической группы

Г.Я. ЦЕЙТЛИН, д.м.н.
зав. отделом социально-психологической
реабилитации

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В ДИАДЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК» В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Качество и особенности взаимоотношений в диаде «мать-ребенок», их влияние на развитие детской психики и формирование мозговых структур, травмы этих отношений являются ключевыми темами исследований психологов в последние десятилетия, когда вмешательство государства в жизнь отдельной семьи достигло в полной мере отчуждения репродуктивных процессов от семьи.

Медиализация родов, превращение их в подобие «фабрики» зачастую лишает не только семью, но и саму женщину возможности участвовать в этом процессе, а значит, лишает инициации материнства, что не может не сказываться отрицательно на установлении эмоциональной привязанности между матерью и ребенком, в ряде случаев детерминируя развитие травмы ранних отношений. Особое значение эта проблема приобретает в детской онкологической клинике, так как, по нашим наблюдениям, основанным на большом клиническом материале, ранняя травма диадических отношений, связанная с эмоциональным дистанцированием матери от ребенка или даже эмоциональным разрывом, нередко имеет место в преморбиде онкологического заболевания. [1]

Кроме того, агрессивное лечение онкологического заболевания, характеризующегося высокой витальной угрозой, с выраженной соматической токсичностью и косметическими дефектами может вызывать целый спектр негативных эмоций гнева, безысходности, стыда и, соответственно, защитных реакций у матери – от потребности слияния с ребенком до эмоционального дистанцирования от него. При этом эмоциональная отстраненность матери может быть связана с ее низкими адаптационными возможностями, определяемыми ее собственной психической незрелостью и отсутствием внутренних

и/или внешних ресурсов, и выражается в ее неспособности контейнирования не только непереносимых чувств ребенка, но и собственных тоже. В результате ребенок оказывается в «эмоциональной изоляции», и его физическое состояние от этого может ухудшаться, осложняя течение заболевания и влияя на его прогноз.

Симбиотические отношения между матерью и ребенком в онкологической клинике являются распространенной проблемой и обусловлены регрессом до первичной симбиотической стадии как защитной реакцией матери и ребенка в попытке совладать с высокой степенью тревоги. Высокая сепарационная тревога, актуализированная страхом смерти, долго присутствует после окончания лечения, усиливаясь в моменты его отмены, что также мешает процессу «сепарации-индивидуации», сохраняя психологическую зависимость ребенка от матери. Последствиями «симбиотической травмы для ребенка становится его неспособность отстаивать свои внутренние и внешние границы, симбиотическое переплетение своей судьбы с судьбами родителей, псевдоавтономность, жизнь с чужой идентичностью, симбиотический плен в других близких отношениях. [2]

Отношения в диаде «мать-дочь» выделены нами как имеющие свою специфику в детской онкологии. Не будучи сводимы к отношениям матери и ребенка в целом, они связаны со спецификой формирования идентичности у девочки, когда девочка в противоположность мальчику, чтобы стать самой собой, должна не только идентифицироваться с матерью, но и отделиться от идентификационного объекта того же пола, чтобы «выстроить себя по образу самой себя». [3] Ситуация слияния с матерью и длительного «удерживания» опасна для индивидуального психического развития, которое не только не будет сопровождаться поддержкой, а напротив, окажется заблокированным или заторможенным.

Это особенно ярко проявляется в отношениях «дочки-матери» у нарциссических матерей, которым, в силу их психологических особенностей, требуется «совершенный» ребенок, без каких бы то ни было «изъянов». [4] Рак, диагностированный у дочери, не может не «наносить удар» по «грандиозной самости» нарциссической матери, чей непереносимый стыд подпитывается различного рода

мифами и стигмами, связанными с этим диагнозом, и вызывает чувство глубокого разочарования и даже неосознанной ярости по отношению к ребенку.

При ранней травме отношений у ребенка возникают особенности когнитивно-аффективной сферы, выраженные в неспособности понимать ментальные состояния другого, вербализовать собственные чувства, дифференцировать чувства и телесные ощущения, описанные разными авторами как недостаточная способность к ментализации [5]; опературное мышление [6] или алекситимия. Следствием дефицита когнитивной переработки является возможность развития соматических и психических расстройств, в этиопатогенезе которых играет роль недостаточная способность к модулированию и регуляции эмоционального возбуждения, что существенно снижает адаптационные способности ребенка, необходимые для отреагирования и переработки его травматического опыта, может снижать эффективность лечения и создать реальную угрозу жизни ребенка в период тяжелого заболевания и лечения.

Проведенное нами исследование алекситимии у детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии с использованием Торонтской алекситимической шкалы (адаптированная русскоязычная версия) показало достоверно более высокий уровень выраженности алекситимических черт у детей с онкологическими заболеваниями (разные нозологические формы опухолей) в возрасте от 7 до 18 лет (N=77) по сравнению с контрольной группой соматически здоровых детей в том же возрастном диапазоне (N=119) — 26% и 12%, соответственно ($p < 0.01$).

Однако наше социодемографическое исследование, проведенное в 2009–2013 гг. на большой когорте матерей (1131), имеющих ребенка с онкологическим заболеванием в ремиссии, показало, что тяжелое жизнеугрожающее заболевание у ребенка может нести не только деструкцию, но и быть триггером процесса установления глубокой эмоциональной связи с ребенком с доминированием семейных ценностей, что подтверждено значительно более высокими репродуктивными установками и уровнем детности со значительным превышением доли среднететных (3–4 ре-

бенка) семей — 12 и 5%, соответственно ($p < 0.01$) и уменьшением доли незарегистрированных браков — 10,4 и 14,4%, соответственно ($p < 0.01$) в нашей когорте по сравнению с референтной группой из исследования Росстата, 2009 г. [7] Эти выводы согласуются с работами психологов и философов конца XX века, исследовавших опыт нахождения индивидами новых смыслов в критической ситуации, особенно перед лицом близкой смерти, когда «сама человеческая жизнь приобретает совершенно иной смысл и ценность» [8, 9, 10].

Роды и смерть эмоционально несколько «схожи» высокой сепарационной тревогой, болью, ощущением утраты — матери в родах необходимо утратить часть себя, чтобы вновь обрести эту часть уже в другом качестве; младенец также должен пройти через «умирание», чтобы обрести жизнь. В верованиях жителей Белорусского Полесья роды воспринимаются как мистическая смерть, в результате которой на месте беременной женщины появляются два новых существа — мать и дитя. [11] Интересно, что многие матери, делясь опытом нахождения в клинике, применяли метафоры, связанные больше с процессами беременности: «капельница была похожа на пуповину, вновь соединившую нас», «я чувствовала его как будто спрятанным в своей утробе, ведь только там он мог находиться в полной безопасности» и пр. Можно предположить, что лечение ребенка, во время которого происходит чрезвычайное усиление эмоциональных стимулов внутри диады, может переживаться матерью и как символическая утрата, и как рождение и сепарация ребенка, вторично, на время лечения, оказавшегося в ее утробе. Другими словами, в ситуации лечения смертельно опасного заболевания происходит та самая инициация материнства.

Таким образом, онкологическое заболевание акцентирует внимание профессионалов на проблеме отношений в диаде «мать-ребенок», что диктует необходимость психологической и медико-социальной помощи этой группе и уточняет стратегию психотерапевтического сопровождения. И здесь мы видим два аспекта для пристального внимания специалистов:

- ▶ ранняя детская травма, могущая иметь место в анамнезе онкологического заболевания, требующая психологического сопрово-

ждения уже на первом этапе установления диагноза — создание терапевтических условий для отреагирования травмирующего опыта матери и ребенка;

▶ травмирующая ситуация заболевания и лечения, требующая организации «реабилитационного поля», куда включена вся семья, с целью мобилизации ее внутренних и внешних ресурсов.

Литература:

1. Гусева М.А., Барчина Е.Т. Психотерапевтические аспекты множественной психической травмы в онкопедиатрической клинике. Научно-практический журнал «Педиатрия и детская хирургия», №2, 2015, Казахстан.
2. Рупперт Ф. Симбиоз и автономность. Расстановки при травме. Симбиотическая травма и любовь по ту сторону семейных переплетений. М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. 280 с.
3. Эльячефф К. Дочки-матери. 3-й лишний? / К. Эльячефф, Н. Эйниш М.: Институт общегуманитарных Исследований, 2016. 448 с.
4. Хотчикис С. Адская паутина: Как выжить в мире нарциссизма. М.: Независимая фирма. Класс, 2011. 248 с.
5. Fonagy, P. Progress in the treatment of borderline personality disorder. / P. Fonagy, A. Bateman // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 188. P. 1-3
6. Смаджа К. Оперативная жизнь. М.: Когито-Центр, 2014. 256 с.
7. Семья и рождаемость: основные результаты выборочного обследования 2009. / РОССТАТ. М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. 112 с.
8. Виртц У. Жажда смысла. / У.Виртц, Й. М.Цобели. М.: Когито-центр, 2012. 143 с.
9. Леонтьев, Д.А. Смысл смерти: на стороне жизни / Д.А. Леонтьев // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2004. №2. С. 40–50
10. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 367 с.
11. Михель Д.В. Социальная антропология здоровья и репродукции: медицинская антропология: Уч. пос. для студентов. Саратов: Новый проект, 2010. 100 с.

СПЕЦИФИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МЕДРАБОТНИКОВ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В условиях ежедневной медицинской практики личность работника медицинской сферы постоянно испытывает влияние травмирующих факторов. Среди них структура организации процесса труда, психологическое давление со стороны пациентов и их родственников, коллег и администрации. Все эти факторы в конечном итоге могут приводить к деформации личности в виде синдрома «эмоционального выгорания», последствия которого отражаются в социальных, семейных отношениях, в рабочих конфликтах или в эффективности работы.

Исследования в области связи синдрома выгорания и совладающих стратегий поведения в современной науке являются перспективными. Выбор копинг-стратегии зависит от индивидуально-личностных особенностей человека, а неадекватная оценка ситуации приводит к негативным эмоциям, нарушающие адаптивные реакции организма. Е.С Старченкова [2] полагает, что обучение медицинских работников эффективному совладающему поведению в процессе прохождения психологических тренингов является одним из возможных направлений в профилактике выгорания.

На базе онкогематологического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгорода было проведено исследование специфики синдрома эмоционального выгорания, копинг-стратегий и механизмов психологической защиты медработников.

Задачи исследования:

- ▶ Исследовать структуру СЭВ у медицинских работников онкогематологического отделения.
- ▶ Выявить и проанализировать механизмы защитно-совладающего поведения медицинских работников онкогематологического отделения.

В исследовании приняло участие 15 медработников из 19 человек в возрасте от 22 до 52 лет. Средний возраст — 39 лет, средний стаж работы — 17 лет. Все респонденты женского пола.

Были использованы следующие методики: методика диагностики уровня профессионального выгорания В. В. Бойко, опросник Плутчика Келлермана Конте – методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма. Математическая обработка данных осуществлялась с помощью надстройки Пакет анализа MSExcel и программы SPSS. Так же использовались метод качественного анализа (категоризация количественно обработанного материала) и интерпретационные методы.

Результаты исследования СЭВ представлены на рисунках 1 и 2.

Фаза	Не сложившаяся	Складывающаяся	Сложившаяся
Напряжение	60%	20%	20%
Резистенция	33.33%	20%	46.67%
Истощение	66.67%	20%	13.33%

Рис. 1. Сравнительная таблица сформированности фаз СЭВ.

Можно сделать вывод, что у большинства медработников фазы напряжения и истощения не сложились. Фаза резистенции свойственна большинству респондентов.

На **рис. 2** представлена таблица сформированности отдельных симптомов СЭВ.

Симптом СЭВ	Не сложившийся	Складывающийся	Сложившийся
ППО	46.67 %	13.33 %	40%
НС	66.67 %	6.67 %	26.67 %
ЗК	86.67 %	13.33 %	0
ТД	66.67 %	13.33 %	20%
НИЭР	33.33%	26.67%	40%
ЭНД	40%	33.33%	26.67%
РСЭЭ	46.67%	13.33%	40%
РПО	26.67 %	20%	53.33%
ЭД	46.67 %	26.67%	26.67%
ЭО	66.67%	26.67%	6.67%
ЛО	66.67 %	26.67 %	6.67%
ППН	60%	26.67 %	13.33%

Рис. 2. Сравнительная таблица сформированности симптомов СЭВ

Условные обозначения

ППО— переживание психотравмирующих обстоятельств; **НС**— неудовлетворенность собой; **ЗК**— «загнанность в клетку»; **ТД**— тревога и депрессия; **НИЭР**— неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; **ЭНД**— эмоционально-нравственная дезориентация; **РСЭЭ**— расширение сферы экономики эмоций; **РПО**— редукция профессиональных обязанностей; **ЭД**— эмоциональный дефицит; **ЭО**— эмоциональная отстраненность; **ЛО/Д**— личностная отстраненность (деперсонализация); **ФСВН**— психосоматические и психовегетативные нарушения.

Диагностика симптомов эмоционального выгорания показывает, что у большинства респондентов сложились симптомы «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей».

Диагностика механизмов психологической защиты продемонстрировала, что большинству респондентов (73.3%) свойственно использование такого механизма психологической защиты, как реактивное образование, что подразумевает преобразование негативного аффекта в позитивный или наоборот. Например, трансформация ненависти в любовь, привязанности в презрение, враж-

дебности в дружелюбие содержит в себе много общих трансакций. Так же, распространенными явились проекция (40%), отрицание (40%), интеллектуализация (33.3%).

При изучении копинг-стратегий было выявлено, что респонденты чаще всего используют относительно адаптивные когнитивные копинг-стратегии, а в частности «относительность»; адаптивные эмоциональные, а именно «оптимизм» и адаптивные поведенческие — «обращение».

Таким образом, мы надеемся, что полученные результаты помогут в разработке мероприятий по профилактике симптомов эмоционального выгорания и коррекции механизмов психологической защиты медработников онкологических отделений.

Литература:

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. — СПб.: Сударыня, 1999. — 28с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек-человек» // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.С. Снеткова. — СПб.: Питер-Пресс, 2011. — 312 с.
3. Абрамова Г.С., Юдчис Ю.А. Психология в медицине. — М.: Кафедра — М, 2001. — 272 с.
4. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного и др.; Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — 336 с.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПРИЕМОВ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ С ВЫНУЖДЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА НА КЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность темы доклада неоспорима, так как на протяжении многих лет изучая подходы в работе с пациентами ОГШ, зачастую сталкивалась с абсолютным отсутствием либо скудными заметками о помощи пациентам. За время работы с данной категорией пациентов мною накоплен опыт комплексного подхода в реабилитации. Распространенность злокачественных опухолей области головы и шеи, сложность и стойкость нарушенных функций, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации больных в ряд важнейших медико-социальных проблем. Возможность больного вернуться к прежней жизни - это оптимальный вариант реабилитации, которая рассматривается как система медицинского, психолого-педагогического, логопедического и социального воздействия, направленного не только на сохранение или восстановление здоровья, но и личностного и социального статуса пациента.

Одним из наиболее тяжёлых последствий хирургического лечения злокачественных новообразований области головы и шеи является полная или частичная утрата звучной речи или голоса и нарушение дыхательной функции. При этом остро возникает проблема речевого общения пациентов, осложняя и ограничивая их возможности в социальном, трудовом и профессиональном плане. Формирование чувства ущербности уже на клиническом этапе, потеря привлекательности, отказ от социального взаимодействия,

распад семей и тд. Известно, что даже успешно сделанная операция не всегда приводит к желаемому результату, так как требуются специальные тренировки по формированию нового заместительного механизма фонации и специальные психотерапевтические мероприятия по снятию невротических состояний у больного. Эффективность логовосстановительной терапии во многом зависит не только от техники выполнения хирургического вмешательства, но и психотерапевтической подготовки пациента, формирования у него активной установки на специальные логопедические занятия, которые позволяют выработать новые механизмы фонации. Оперативные вмешательства по поводу рака органов полости рта и ротоглотки различны по объему и сопровождаются значительными нарушениями глотания, жевания, дыхания, органов артикуляции и, как следствие этого, нарушением звукопроизношения и голосообразования. В результате значительного объема операции отмечается выраженная деформация периферического речевого аппарата. Дефекты челюстно-лицевой области после проведенного радикального лечения часто вызывают инвалидность не по причине потери физических потребностей, а вследствие обезображивания. Визуальная локализация, травматичность операций, нарушения функций после проведенного хирургического лечения определяют сложность последующей социальной адаптации. Поэтому пациенты отделения опухоли головы и шеи занимают отдельную ступень в реабилитации и социализации в новых жизненных условиях.

Так же следует отметить, что психологические проблемы пациентов: послеоперационная депрессия, тревожное расстройство, снижение самооценки, чувство беспомощности, потеря независимости, неприятие образа тела влияют на скорость и успешность реабилитации. Основными параметрами социальной и психологической реабилитации после выписки пациентов являются:

- ▶ способность заботиться о себе (гигиена, питание, передвижение, справляется с бытовыми проблемами);
- ▶ психологическое принятие нового образа тела, способность положительно оценивать результаты лечения;

- ▶ социально-психологическая адаптация; умение наладить контакт не только с близким окружением, но и способность без стыда и страха находиться в людных местах, взаимодействовать с обществом.

Поэтому, только профессиональное взаимодействие «врач-психолог-логопед» может дать полноценную поддержку и реабилитацию пациента для возвращения и включения его в социум. Социальная и трудовая реабилитация после хирургического лечения опухолей головы и шеи имеет определяющее значение в плане качества жизни. Однако следует отметить, что выживаемость не равноценна выздоровлению. Пациент может считать себя здоровым в том случае, если он остается способным к нормальной жизни и работе.

Поэтому психокоррекционная и логопедическая работа должны стать неотъемлемой частью лечения начиная с первых дней послеоперационного периода. Образ жизни и качество больных после выписки из стационара зависит прежде всего от того, какое решение он принимает сам или какие ценностные ориентации у него преобладают. Психологический настрой играет немаловажную роль в реабилитационной работе и именно в стационаре пациент должен получить правильный ориентир по восстановлению речевых функций и артикуляционного аппарата, тем самым предполагается, что отделение опухолей головы и шеи должно включать штатную единицу логопеда.

Адекватные подходы, с учетом личности и эмоционального состояния больного, в информировании о заболевании, способствует формированию ответственного отношения онкологического больного к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою психологическую силу и свое значение в решении важных для него проблем. Следует помнить, что человек находящийся в экстремальной жизненной ситуации, не всегда готов, а зачастую не знает куда обратиться за психологической и реабилитационной помощью. Поэтому, абсолютно нормальным и уместным является

предложенная помощь психолога, и других специалистов абилитации — это своеобразный и достаточно осторожный подход: «Это не просто постучаться в дверь души и спросить разрешения на присутствие, а войти на цыпочках и прикоснуться перышком к израненной душе».

АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ В РКОД МЗ РТ

Постановка диагноза и диагностика онкологической патологии является серьезной психогенией, как для самих пациентов, так и для их семей. Нарушается привычный образ жизни, уклад. Человек сталкивается сразу с несколькими непривычными для него факторами жизни: «неизлечимая болезнь», постоянные обследования и различные медицинские манипуляции, связанные с развитием болезни, отношение окружения. Все, что было важно, теряет смысл. Все вокруг требует изменений и перемен во всех сферах деятельности. Современная стратегия лечения рака включает химиотерапию, оперативное лечение, лучевую терапию, таргетную терапию, сопроводительное лечение, предупреждающее развитие осложнений.

Признание специалистами значимости субъективной оценки больными своего физического, психологического и социального благополучия подчеркивает важность междисциплинарного (психолог-онколог) подхода в оценке результативности безрецидивной и общей выживаемости, а также изучения психопатологических нарушений, психогенных реакций и психосоциальных факторов адаптации к болезни при онкологической патологии. Данный факт, в свою очередь, ставит новую задачу – разработать и внедрить в медицинскую практику реабилитационно-адаптационной программы, обеспечивающей адекватную психологически-социальную адаптацию пациентов к жизни после постановки диагноза «рак».

Алгоритм оказания психологической помощи онкологическим пациентам на всех этапах обращения в РКОД: I-поликлинический этап, II-госпитальный этап, III-постгоспитальный этап (этап диспансерного наблюдения), IV-этап паллиативной помощи.

ТАБЛИЦА №1. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ В РКВД МЗ РТ

ЭТАП ПП	ЗАДАЧИ	МЕТОДЫ
I.	Проведение скрининговых тестов, с целью определения уровня психологической дезадаптации (тревога, депрессия, мотивация к лечению).	► Шкала HADS, опросник САН.
	Информирование об онкологическом диагнозе.	► Техника НЛП по установлению раппорта (контакта с пациентом). ► Интервьюирование пациента. ► Рациональная психотерапия.
	Создание карты психологического обследования пациента	► Карта обследования больного в приложении
II	Создание карты психологического обследования пациента	► Карта обследования больного
	Определение психологического статуса онкологического пациента.	► Шкала HADS, опросник САН, опросник ЛЮШ-ЕРА, опросник FACT-L.
	Мотивация на лечение.	► Опрос-беседа с пациентом. ► Техники НЛП.
	Коррекция негативных эмоций (возможен групповой формат)	► Краткосрочная (фокусная) психотерапия. ► Рациональная психотерапия. ► Техники психодрамы (письма, проговаривание эмоций, арт-терапия, символ-драма). Индивидуальные или групповые консультации.
	Активизация ресурсов личности.	► Краткосрочная (фокусная) психотерапия. ► Эриксоновский гипноз. ► Работа с мысленными образами. ► Сеансы медитации, посещение сенсорной комнаты. ► Самогипноз. ► Техники НЛП.
	Работа с семьей и близким окружением онкологического пациента	► Рациональная психотерапия. ► Семейное консультирование.
III	Выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению	► Рациональная психотерапия.
	Коррекция сопутствующих эмоционально-психологических нарушений.	► Консультация психотерапевта: индивидуальная психотерапия, при необходимости медикаментозная коррекция. ► Рациональная психотерапия. ► НЛП. ► Гипно-суггитивная психотерапия.
	Поддержка самостоятельности и инициативы больного.	► Дневник самонаблюдения по самочувствию, настроению и др (в приложении).
	Психотерапевтическая работа с механизмами психологической защиты и вторичными выгодами заболевания.	► Тест LSI. ► Техники НЛП. ► НЛП. ► Гештальттерапия.
	Работа с семьей и близким окружением онкологического пациента	► Рациональная психотерапия. 2.Семейное консультирование

ТАБЛИЦА №1. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ В РКВД МЗ РТ

ЭТАП ПП	ЗАДАЧИ	МЕТОДЫ
IV	Информирование пациента о возможностях получения психологической помощи.	► Техника НЛП по установлению раппорта (контакта с пациентом). ► Интервьюирование пациента. ► Разъяснительная психотерапия.
	Определение психологического статуса пациента	► Опрос-беседа.
	Работа со страхами (страхом смерти, побочных эффектов от лечения, прогрессирование заболевания и др)	► Телесно-ориентированные техники психотерапии ► Гипносуггитивная психотерапия. ► Трансовые техники. ► НЛП.
	Работа с семьей и близким окружением онкологического пациента.	► Рациональная психотерапия. ► Семейное консультирование.

Выводы:

Мультидисциплинарный подход способствует социализации онкологических больных с помощью психолога/психотерапевта — и социально-реабилитационных мероприятий, увеличение доли пациентов, удовлетворенных качеством получаемых услуг в системе комплексной медико-психологической социальной реабилитации онкологических больных.

Литература:

1. Амлаев К.Р. Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля. Амлаев К.Р., Койчурев А.А., Гевандова М.Г., Махов З.Д. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2012. Т. 14. № 5-2. С. 512-517.
2. Бакирова З.А. Компетентностный подход к формированию профессионально важных качеств врача-онколога. Бакирова З.А., Ахметова Т.В. // Креативная хирургия и онкология. 2011. №1. С. 100-103.
3. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2013. – 256 с.
4. Кирюхина М.В. Психотерапевтическое сопровождение онкологического больного в комплексном лечении. Кирюхина М.В., Набиуллина Р.Р., Хайруллин И.И., Хасанова А.И.//Материалы

республиканской научно-практической конференции «Аутоагрессивная составляющая в жизни современного общества». г. Казань.2016. С.63-66.

5. Кирюхина М.В. Мотивационная и поддерживающая психотерапия у женщин после радикального лечения по поводу рака молочной железы. Кирюхина М.В., Набиуллина Р.Р., Хасанова А.И., Нестеров Ю.В. // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». 23-26 сентября 2015. г.Казань. Тезисы под общей редакцией Н.Г. Незнанова.- СПб: Альта Астра, 2015.- 1047 С. 702-703

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Москва, «МЕД-пресс», 1998. 592с.

7. Emanuel. E. Four models of the physician- patient relationship// JAMA-Chicago, 1992 – Vol, 27632

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Согласно данным статистики в Кемеровской области только за 2014 год было впервые выявлено 120 пациентов раком пищевода и 601 пациент раком желудка.

Семантика диагноза, необходимость проведения специального противоопухолевого лечения, следующее за этим изменение социального статуса, инвалидизация, астенизация, нарушение обменных процессов, болевой синдром, возникновение нервно-психических расстройств затрудняют адаптацию к лечебному процессу и реадaptацию большинства больных без специальных лечебно-реабилитационных мероприятий. В связи с этим, понятен интерес к проблемам реабилитации онкологических пациентов.

Цель исследования. Анализ опыта проведения индивидуальных комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий больным раком желудка и пищевода на этапе специального лечения в условиях отделения восстановительного лечения онкологического диспансера г. Кемерово.

Материал исследования составили 176 больных раком кардиального отдела желудка и пищевода (112 и 64 пациента, соответственно) в возрасте от 45 до 82 лет, направленных в отделение восстановительного лечения онкологического диспансера в 2013-2014 г.г. в соответствии с требованиями федеральных медицинских стандартов.

Пациенты находились под нашим наблюдением от одного до трех месяцев. Из них 27 женщин (15,3 %) и 149 мужчин (84,7 %). Все больные были направлены перед проведением специального лечения.

С учетом особенностей лечебно-реабилитационных подходов мы условно разделили пациентов на 2 группы. В первую группу (129 наблюдений – 73 %) попали больные, которым планировалось радикальное хирургическое лечение. Вторую группу (47—27 %) составили онкологические больные, которым предстояло паллиативное лечение: хирургическое (стентирование пищевода, фотодинамическая терапия, наложение гастростомы) или симптоматическое.

В качестве основных методов исследования использовали клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и клинико-динамический методы.

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. Применяли ряд экспериментально-психологических методик: исследование реактивной и личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру (в модификации Ханина Ю.Л., 1978); госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS, 1983), проективный метод визуализации представлений в рисунках больных ввиду простоты применения и наглядности.

Нервно-психические расстройства различного уровня были выявлены у 57 наблюдаемых больных (32,4 %). Выделены тревожно-депрессивные, депрессивные, субдепрессивные, ипохондрические (канцерофобические), астенические реакции и состояния, которые согласно МКБ-10 квалифицированы как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Всем пациентам проводились лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие психотерапию (психологическое консультирование), психофармакотерапию, ЛФК, сопроводительную и симптоматическую терапию.

Психотерапия и психологическое консультирование были направлены на профилактику и/или купирование нервно-психических расстройств, на формирование мотивации на «лечение», положительных ожиданий от его результата, адекватной внутренней

картины болезни, установки на «жизнь», снижение «значимости» диагноза, преодоление имеющихся негативных установок и ожиданий, адаптацию к лечебному процессу, психологическую подготовку к продолжению длительной реабилитации в послеоперационном периоде после выписки из диспансера.

ЛФК проводили в соответствии с периодами лечения. В дооперационном периоде ЛФК направляли на улучшение функции внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, оптимизацию соматического и психического статуса. В послеоперационном периоде цель ЛФК – профилактика легочных осложнений, предупреждение нарушений функции желудочно-кишечного тракта и паренхиматозных органов, улучшение функции сердечно-сосудистой системы, нормализация психоэмоционального состояния больного. Цель тренировочного периода – подготовка больного к выписке из стационара, к полному самообслуживанию и связанному с этим физическими нагрузками.

Психофармакотерапию, сопроводительную и симптоматическую терапию проводили при наличии обоснованных показаний, которые определялись консультациями специалистов: онколога, терапевта, психотерапевта, кардиолога, невролога и др.

Лечебно-реабилитационные подходы были эффективны во всех случаях, что подтверждалось выравниванием клинических, экспериментально-психологических и диагностических данных.

Восстановление физической активности больных, улучшение их психоэмоционального состояния повышало качество жизни этих пациентов не только на этапе специального лечения, но и после выписки из стационара, что позволило судить о целесообразности применения комплексных лечебно-реабилитационных подходов наряду с традиционным противоопухолевым лечением.

Л. И. КОСТЕРЕВА заведующая отделом современных высокотехнологичных методов психологической диагностики и реабилитации

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к увеличению онкологических заболеваний. В связи с этим, проблема профилактики, диагностики, лечения и реабилитации этих заболеваний, а также психологической помощи больным, приобретает большое значение.

Развитие современных методов лечения, возможность выявления опухолей на ранних стадиях приводят к увеличению сроков выживаемости после проведенного лечения, что поднимает вопрос не только длительности прожитых лет, но качества жизни. Кроме того, данные некоторых исследований свидетельствуют об имеющихся проблемах влияния онкологических заболеваний на психическую деятельность больных, их специфических личностных реакциях на болезнь и совладающего со стрессом поведения. Поэтому в ходе реабилитации очень важной является психологическая составляющая.

Целью нашего исследования явилась разработка и внедрение программы психологической реабилитации для женщин с раком молочной железы (РМЖ).

Нами было обследовано 40 женщин, находящихся на стационарном лечении в отделении хирургии с онкологическими койками ФГБУ ФБ МСЭ с диагнозом «рак молочной железы» с длительностью заболевания от 2 до 7 лет. На момент обследования у пациенток наблюдалась стабилизация онкопроцесса, однако у всех имелся синдром постмастэктомического лимфооттока верхней конечности, резвившийся после хирургической операции, курсов химио — и гормонотерапии.

На первом этапе осуществлялся анализ медицинской документации, изучение истории болезни, с каждой пациенткой проводилась индивидуальная беседа, в ходе которой выяснялись жалобы, особенности жизни до и после болезни, планы на будущее. После этого каждой больной предлагалось пройти программу психологической реабилитации.

Психодиагностическая работа включала следующие методики: «Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера и Ханина», «Методика исследования ригидности», «Торонтская Алекситимическая Шкала», «Шкала депрессии Бека». Кроме того, с помощью рисунков больных исследовались особенности внутренней картины болезни, представление о страхах в связи с заболеванием.

Данные первичного исследования показали, что пациенткам с РМЖ, подвергшимся радикальному оперативному вмешательству, свойственны проявления психоэмоционального неблагополучия: страх, высокая тревожность, внутреннее напряжение, выраженная депрессия, алекситимия, высокая ригидность, снижение чувства собственной значимости, низкая самооценка. На основе полученных результатов мы составили программу психологической коррекции с применением интегративного подхода, включающего в себя разные направления психотерапии, а именно: техники рациональной, когнитивной, телесно-ориентированной психотерапии, арт-, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования (НЛП), техники ресурсных трансов. Начиная с первых встреч, большое значение придавалось хорошему психотерапевтическому «альянсу», установлению продуктивного межличностного контакта, безусловному принятию, эмпатии.

По нашим наблюдениям, в работе с больными хорошо зарекомендовали себя техники когнитивной терапии, направленные на коррекцию отрицательного мировоззрения и связанные с этим искажения реальности, самоконтроля, уменьшения чувства беспомощности. Переспрашивая в софратовской манере отрицательные суждения больного, психолог стимулировал больных к размышлению о необходимости самостоятельного принятия решения по жизненно важным проблемам. С теми женщинами, у которых были

резко выражены чувства неполноценности в результате болезни, калечащей операции, проводилась терапия, направленная на повышение их самоуважения, самооценки. Ведущими в данном случае были интервенции, подчеркивающие тот факт, что, несмотря на проведенную операцию, терапию пациентки по-прежнему остаются женщинами, женами, матерями. Домашним заданием было дважды в день (утром и перед сном) говорить себе самой положительные знаки признания. Например: «я по-прежнему уважаю себя так же как и других людей», «ситуация изменилась, но я по-прежнему остаюсь женщиной», «я сексуальна и привлекательна».

Методы арт-терапии способствовали изменению негативного отношения больных к прошлому травматическому опыту, переживаниям, заболеванию в целом. Процесс рисования позволял ослабить сознательный контроль над эмоциями, спонтанно выражать собственные ощущения. Атмосфера эмоциональной теплоты, эмпатии, признания ценности каждого человека, заботы, уважение к чувствам создавали ситуацию успеха для каждой пациентки, позволяя приобретать положительный опыт самоуважения и самопринятия, укреплять чувство собственного достоинства, корректировать образ «Я», деформированный психотравмирующим характером заболевания.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что психологическая реабилитация оказывает позитивное влияние на эмоциональное и психическое состояние женщин с РМЖ: уменьшает степень выраженности симптомов заболевания, ригидных установок, тревожности, негативных эмоциональных реакций, способствует активизации собственных ресурсов психики и адаптивных стилей реагирования на болезнь.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает 1 место среди злокачественных новообразований у женщин. Заболеваемость РМЖ за последние 30 лет увеличилась более чем в 4 раза [3]. На всех стадиях онкологического процесса у больных присутствует эмоциональное напряжение, которое способствует формированию психогенных реакций, качественно отражающих преморбидные особенности личности. Это является основой для разработки психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий, может выступать в качестве ресурсов в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса [1].

Цель работы — обосновать применение психотерапевтического сопровождения женщин с онкопатологией молочной железы с учетом их социально-психологических особенностей.

Материалы и методы. Анализ клинических данных из историй болезни; изучение социальных характеристик по данным анонимного очного анкетирования пациентов; изучение психологических особенностей по тестам: определение акцентуаций характера (А.Е. Личко); исследование самооценки выраженности психопатологической симптоматики дистресса (Дерогатис) у больных РМЖ (n=69) в возрасте 61,26±4,25 лет, проходивших лечение в ОБУЗ Ивановский ООД в 2014–2015 годах.

Результаты. Все обследуемые женщины для сравнительного анализа были разделены на две группы: пациентки с ранними формами РМЖ (I, II) — 26 (38%) и с поздними формами РМЖ (III, IV) — 43 (62%). Достоверно значимыми оказались отличия по социально-биологическим признакам: возрасту (p<0,01), образованию (p<0,05), месту проживания (p<0,01), родам (p<0,05) и

абортам ($p > 0,05$), ранним или поздним наступлением менопаузы ($p > 0,05$), нарушением сексуальной функции в виде снижения либидо ($p > 0,05$). Также достоверно значимыми ($p < 0,05$) у пациенток выявлены психопатологические симптомы. С увеличением стадии РМЖ нарастает тяжесть психического состояния женщин ($p < 0,05$) - тревожность, депрессия, соматизация и межличностная сенситивность, усиление невербальных сигналов о неблагополучии семьи, патохарактерологических реакций. Донозологические расстройства встречались у $\frac{1}{4}$ женщин в виде астенического состояния с преобладанием психической утомляемости, психотравмирующих ситуаций в семье, на работе. Для всех был характерен ограниченный репертуар совладающего со стрессом поведения, пониженный уровень социально-личностных компетенций, особенно в сфере телесности, социальной активности, креативности и ценностного (духовного) осмысления действительности, а также низкий уровень удовлетворенности социальной поддержкой.

Таким образом, индивидуально-психологические, социальные особенности женщин с РМЖ, наличие психопатологических симптомов позволяют построить программу интегративной, системной семейной психотерапии, адекватную клинико-психологическим особенностям.

На догоспитальном этапе проводилась ранняя диагностика психопатологических расстройств, определение профиля личности и уровня психического здоровья, планирование психотерапевтических и психореабилитационных мероприятий. На госпитальном этапе осуществлялась краткосрочная психотерапевтическая коррекция в сочетании с гипнотерапией, направленной на нормализацию психоэмоционального состояния и стимуляцию здоровых жизненных сил с целью повышения качества жизни пациенток. После создания комплайенса между врачом и пациенткой, проводилась работа по повышению стрессоустойчивости и самооценки пациенток. Собственно психотерапия была направлена на работу с личностью пациентки, ее психотравмами, стереотипами неадаптивного реагирования, изменением её отношения в микросоциуме. Использовались рациональная, суггестивная, когнитивно-поведен-

ческая, семейная психотерапия [2]. После выписки из стационара пациентки посещали Школу здоровья, в программе работы которой предусмотрено комплексное медико-психолого-социальное сопровождение больных РМЖ. Основная цель образовательной программы - корректное, доступное пониманию пациентки разъяснение сути и основных концепций развития онкологического заболевания, обучение женщин аутотренингу и визуализации [2], активизированию и поддержанию собственных ресурсов психики и адаптивных стилей реагирования на заболевание. Необходимо работать с факторами, которые препятствуют реализации потребности в любви, прежде всего, — это завышенные морально-этические требования к самим себе [1]. В результате проведенной психотерапии у всех пациенток отмечалось уменьшение степени выраженности симптомов эмоционального неблагополучия, нивелирование деструктивных и дефицитарных проявлений «Я». У женщин с РМЖ активизировались собственные ресурсы психики, адаптивные стили реагирования на заболевание.

Литература:

1. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. Дисс. на соискание ученой степени к.м.н., 2007. С. 168-172.
2. Мищук Ю.Е. Особенности клиники и подходов к лечению тревожно-депрессивных расстройств у женщин, больных раком молочной железы, перенесших мастэктомию. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н., 2008. С. 3.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году. / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. — 2013. — 232 с.

РЕСУРСЫ НЕЙРОКОРРЕКЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

В онкологии улучшению регенерации и восстановлению функции оперированного органа в немалой степени препятствуют пост-стрессовые расстройства пациентов, что делает необходимым нормализацию их психического статуса. С позиций структурно-функционального единства всех органов и систем (И.П.Павлов, 1951; К.М.Быков, 1958; Г.Н.Крыжановский, 1986, 2002) ключевым компонентом реабилитации является устранение патологического перевозбуждения или торможения мозговых систем, которое возникает при субъективно непереносимых для личности переживаниях (Мясищев В. Н., 1968) и негативно влияет на вегетативную регуляцию организма.

Представляется модель оптимизации клинического состояния пациентов с тяжелой соматической патологией посредством нормализации их корковой нейродинамики. Реабилитационный комплекс прошел клинические испытания в Центральном НИИ туберкулеза, рекомендован к применению Департаментом здравоохранения г. Москвы и успешно применяется в реабилитации пациентов с неинфекционными соматическими заболеваниями в Научно-практическом центре психологической реабилитации. В сообщении представлены результаты апробации комплекса в клинике туберкулеза и его применения в реабилитации онкобольного в послеоперационном периоде.

1. В исследовании нейрокоррекционного комплекса приняли участие 100 больных туберкулезом легких в возрасте 18–55 лет. Основная группа исследования (ОГ) — 60 пациентов, проходивших курс нейрокоррекционного сопровождения противотуберкулез-

ной терапии. Контрольная группа (КГ) — 40 пациентов, получавших только медикаментозную терапию. Клинический статус пациентов оценивался по данным стандартных рентгенологических и клиничко-лабораторных исследований, психоэмоциональное состояние — по данным психодиагностических методик (SCL-90, 10-бальной шкалы субъективной оценки психологического и физического состояния «СОС»), нейропсихологический статус — методиками количественного нейропсихологического исследования. Нейрокоррекция осуществлялась в течение 5 месяцев физиотерапевтическими приборами «Элеан» (сила тока не более 2 мА, напряжение 9 - 8,8 В, воздействующий электроимпульс отрицательной полярности относительно пассивного электрода длительностью 200 ± 100 мкс, частота электроимпульсного воздействия 10 ± 2 Гц).

Результаты и обсуждение. Анализировались взаимосвязи психологических, нейропсихологических и клинических показателей в динамике состояния больных при оптимизации функциональной активности корковых отделов ЦНС и без нее. Нейропсихологический статус больных ОГ и КГ изначально аналогичен: в обеих группах признаки тормозного процесса в корковых структурах лобных отделов больших полушарий и перевозбуждения передних субкортикальных отделов, что определяло негативное психоэмоциональное состояние пациентов (высокие показатели депрессии, психотизма, тревожности, агрессивности, фобических переживаний). После нейрокоррекционного курса у пациентов ОГ обнаружено улучшение корковой нейродинамики, что сопровождалось оптимизацией психоэмоционального состояния. На этом фоне повысилась продуктивность перестройки патогенных стереотипов в системе отношений пациентов, что позволило снизить стрессовую нагрузку на личность и обеспечить сохранение сбалансированного состояния мозговых структур. В клиническом состоянии пациентов ОГ наблюдались редукция интоксикационного синдрома и выраженная рентгенологическая динамика. Пациенты сохраняли бодрость и активность даже на фоне подъемов температуры. У пациентов КГ изменения нейропсихологического статуса и психоэмоционального состояния не достигли статистической значи-

мости, их рентгенологическая динамика была менее выраженной, прекращение бактериовыделения происходило в более поздние сроки.

2. Нейрокоррекционный комплекс был применен в послеоперационной реабилитации онкологического больного. Пациентка О., 33 лет, с диагнозом «рак прямой кишки с нарушением кишечной проходимости» проходила курс нейрокоррекции в течение 16 дней, начиная с 20 дня после операции с формированием сигмо-ректального анастомоза. Клиническое состояние пациентки определялось сохранением субфебрильной температуры до 37,8°, тахикардией (ЧСС до 104 уд/мин.), болями в кишечнике до 4 баллов, учащенным (до 9 раз в сутки) стулом, утомляемостью и общей слабостью до 10 баллов.

Средний балл жалоб пациентки составил 6,5. Душевная боль, тревога, тоска, навязчивые мысли, безрадостность, тяжесть на душе и безнадежность, страх и плаксивость доходили до 8-10 баллов. Показатели депрессии, психотизма, тревожности, выраженности фобических переживаний значительно превышали допустимые нормы. Острота тревожно-депрессивного аффекта и астеническое состояние соответствовали дисбалансу в нейропсихологическом статусе, состоявшем в перевозбуждении лобных корковых и субкортикальных структур, в снижении тонуса задних отделов больших полушарий.

Нейрокоррекционные процедуры проводились 3 раза в сутки. Динамика нейропсихологического статуса: тонус заднемозговых корковых отделов повысился на 40% (соответствует улучшению энергетического обеспечения высших психических функций и вегетативной регуляции), устранено перевозбуждение передних мозговых структур, что способствовало снижению аффективного напряжения и выходу пациентки из депрессивного состояния. На 2 день нейрокоррекции пациентка отметила уменьшение слабости до 5 баллов, на 3 день нормализовалась температура тела, ЧСС уменьшилась до 80-84, на 5 день прекратились боли в животе, частота дефекации сократилась до 2 раз в сутки. Катамнез: пациентка 5 лет в стойкой ремиссии, работает.

Выводы. Восстановление оптимальной корковой нейродинамики и психоэмоционального состояния пациентов способствует нормализации гомеостатического баланса пациентов и активации личностных адаптационных ресурсов, что имеет важное значение для закрепления успеха терапии и профилактики рецидивов заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Введение

Высокая частота психических нарушений у пациентов с онкологическим заболеванием требует обязательной клинико-психологической и психо-социальной помощи пациентам и их семьям на различных этапах лечения онкологического заболевания.

В ГКБ №5 успешно функционирует психотерапевтическое отделение, в котором осуществляется сопровождение пациентов с онкологическим заболеванием до и после операции, во время химиотерапии, радиологического лечения, а также, в отсроченном периоде.

В ходе индивидуальных занятий мы активно используем арт-терапию, которая показала высокую эффективность в коррекции эмоционального состояния и адаптации пациентов. Многочисленные исследования в этой области, опыт зарубежных коллег, и наш собственный, привел нас к созданию программы групповой арт-терапии с медицинским сопровождением, который реализуют авторы этой публикации в рамках благотворительной программы «Женское здоровье».

Цель: оценить эффективность программы реабилитации групповой арт-терапии с медицинским сопровождением.

Пациенты и методы: 4-х месячная программа, с еженедельными встречами по 3,5 часа. В течение первых двух месяцев проводилась групповая арт-психотерапия, следующие два - студийная арт-терапия. Ведущие программы: психотерапевт, медицинский психолог, профессиональный художник. Занятия проходили в творческой мастерской.

Все это время пациенты получали медицинские консультации, проводимые врачом-онкологом, по поводу основного и сопутствующих заболеваний, послеоперационных осложнений и тактике их лечения.

Количество участниц — 11 пациенток с диагнозом рак молочной железы, находящиеся на разных этапах лечения, 3 из которых были на начальном этапе работы группы.

Результаты: за 2015 год в психотерапевтическом отделении ГКБ №5 проведено 3584 консультации пациентов с онкологическим заболеванием. Из них индивидуальные занятия по арт-терапии были проведены с 952 пациентами во время нахождения на стационарном лечении. Количество проведенных сессий: от одной до пяти, что было связано с ограниченными сроками нахождения в стационаре. Эта краткосрочная работа помогла пациентам выразить скрытые эмоции, принять имеющееся заболевание, возможность работать с темой смерти, о которой трудно было говорить. Многим пациентам была рекомендована дальнейшая психологическая работа.

В длительной групповой программе арт-терапии была показана высокая эффективность метода для снижения уровня реактивной тревожности, повышения качества жизни, а также, повышения социально-психологической адаптации, что было подтверждено объективными тестами (Ханина – Спилберга, ВОЗ, Роджерса).

По субъективному восприятию пациентов, работа в арт-группе позволила им стать более открытыми в выражении своих эмоций, обрести душевную гармонию, ощутить поддержку, обрести утраченную женственность, принятие своего изменившегося тела, поверить в себя, найти единомышленников и друзей, почувствовать единство в искусстве, а не в болезни.

Выраженное улучшение психического состояния пациентов обусловлено тем, что в своей работе мы использовали именно арт-психотерапию, а не просто лечебное воздействие изобразительного искусства. Это важно отметить в связи с большим количеством разнообразных «кружков» по занятию творчеством, без участия профессиональных психологов и пси-

хотерапевтов, позиционирующихся как арт-терапия. Несомненно, такие занятия дают возможность отвлечься и реализовать свои творческие способности, но не позволяют увидеть и проработать внутриличностные конфликты, которые всегда сопутствуют онкологическому диагнозу. Арт-психотерапия дает возможность охватить и эффективно решить весь круг этих проблем.

Заключение: учитывая высокую эффективность метода длительной групповой арт-терапии с медицинским сопровождением считаем необходимым её включение в программу психо-социальной реабилитации. *Несмотря на небольшое количество наших наблюдений, это предложение находится в контексте результатов применения долгосрочной арт-терапии в зарубежных клиниках.*

ЗАВИСИМОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ

Рак простаты является собой развитие злокачественной опухоли в предстательной железе. Большинство случаев течения рака простаты проявляют себя незаметно. Это и представляет основную опасность данного заболевания. Ежегодно в мире обнаруживается до 900 тысяч больных раком предстательной железы. Это 9,2% мужчин (14,3% в развитых странах и 4,3% — в развивающихся). При несвоевременном обнаружении и лечении, рак простаты приводит к смертельному исходу. У мужчин, от осознания данной информации, появляется тревожность и страх из-за их неопределенного будущего. Страх смерти или того, что человек не сможет вести полноценную жизнь, приводит к очень сильному стрессу. Например, около 20% мужчин ожидают, что умрут из-за своего недуга. Больные имеют серьезные проблемы с самооценкой, повышается риск суицида и развития депрессии [4].

Предоперационная тревога наблюдается практически у всех пациентов. Сама идея хирургического вмешательства вызывает страх у человека. В случае с раком, эта тревожность возрастает в разы, так как последствия данной болезни неизвестны, а угроза для жизни высокая. Главными источниками тревожности у больных перед операцией являются страхи, предшествующий опыт госпитализации, личностные особенности. Однако господствующим фактором на беспокойность пациента воздействуют его психологические защитные механизмы.

Механизм защиты представляет собой бессознательный способ преодоления трудностей, что снижает беспокойство, возникающее из неприемлемых или потенциально вредных раздражителей. [1, с1] Они находятся в бессознательном состоянии и их не следует путать с сознательными стратегиями преодоления трудностей. [2] Зигмунд Фрейд был одним из первых сторонников этой теории. [3, с21–28].

Психологические механизмы защиты могут привести к здоровым или не совсем нездоровым последствиям, в зависимости от обстоятельств и частоты, с которой используется механизм [4, с482–486]. В психоаналитической теории, защитные ме-

ханизмы влияют через подсознание [5, с35-40], дабы изменять, отрицать или искажать действительность, чтобы защититься от чувства тревоги и неприятных импульсов для поддержания своего собственного здоровья.[6, с68]

Целью этого исследования является изучения взаимосвязи уровня выраженности тревожности и использования психологических защитных механизмов.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 8 человек, ранее обратившиеся в отделение ГKB в период с октября 2013 по январь 2014. Психологическое исследование проводилось за день до проведения операции. Средний возраст мужчин $43,45 \pm 6,26$. Все мужчины подвергались стандартному алгоритму оценки гормонального статуса, ПСА, предполагающему сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, рутинное исследование спермограммы и другие методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Методами исследования были методика «Копинг - тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984) для определения копинг - механизмов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах; шкала реактивной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger Ch., 1972; Ханин Ю. Л., 1976) для дифференцированной оценки тревоги как состояния и тревожности как свойства личности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS Statistics 17.0, опросник Шмишека для оценки психологических черт пациентов, 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 $p \leq 0,05$.

По данным психологического исследования, было выявлено, что у 75% больных был высокий уровень личностной тревожности и 25% имеет средний уровень личностной тревожности, исходя из методики «Шкала тревоги Спилбергера». При этом показатели ситуационной тревоги находятся на умеренном уровне. Это, может

быть, связано с подавлением тревоги с помощью психологических защитных механизмов и копинг-стратегий. Однако, можно предположить, что внутренние переживания и мысли пациентов о своей болезни и своего будущего вызывают тревогу и опасения.

По данным методики «Индекс жизненного стиля», у пациентов преобладающими психологическими механизмами являются «Подавление», «Отрицание» и «Интеллектуализация».

Мужчины пытаются избавиться от тревоги и страха предстоящей операции с помощью подавления негативных мыслей и попыткой рационализировать свои чувства. При этом показатель «Отрицание» и «Подавление» коррелировало с понижением ситуативной тревожности ($p < 0,5; r = -0,1988$) ($p < 0,5; r = -0,9876$), что говорит об эффективности использования данных механизмов психологической защиты для снятия напряжения перед операцией. Больные обращаются к примитивным защитам, дабы снизить высокий уровень тревоги. Так же показатель «Интеллектуализация» коррелирует с понижением личностной и ситуативной тревожностью ($p < 0,5; r = -0,2343$) ($p < 0,5; r = -0,3344$), следовательно рационализация своих переживаний помогает больным преодолеть тревогу с помощью логического обоснования своих переживаний. Анализ корреляции между уровнем ситуативной и личностной тревожностью со степенью выраженностью защиты «подавление» ($r = -0,9876; r = -0,72901$ при $p > 0,05$) говорит о высокой эффективности данной защиты и подтверждает ее доминирующее в личности больного. Низкий показатель выраженности психологической защитного механизма «проекция» у больных раком простаты может говорить о том, что они менее склонны приписывать свои переживания и отрицательные эмоции. Выраженность защиты «Регрессия» говорит о стремлении личности в своих поведенческих реакциях на стресс и тревогу уйти в более ранние, детские типы реагирования. Раскрывая тему психосоматических проявлений, детский тип реагирования подразумевает соматизацию сильной тревоги из-за того, что не может справиться с ним с помощью других, более зрелых психологических защит. Так же было выявлено, что использование данного механизма защиты не приводит к снижению тревоги,

а наоборот увеличивает ее. ($r=0,772319$; $r=0,654592$, при $p>0,05$)

Таким образом, у большинства пациентов больных раком простаты наблюдается повышенный уровень личностной тревожности, вызванный опасениями по поводу своего заболевания и дальнейшего будущего. Это может послужить почвой для различных психологических расстройств. Для подавления этой тревоги они используют такие психологические механизмы защиты как «отрицание», «Подавление» и «Интеллектуализация», чтобы справиться с тревогой. Если психологический защитный механизм «Рационализация» является позитивным в отношении личности человека, то два остальных могут привести к психологическим проблемам, таким как анозогнозия, зависимостям и другим. Из всего выше сказанного следует, что для эффективного и качественного лечения рака простаты требуется психологическое сопровождение пациентов. В ином случае, это может привести к психологическим проблемам, что вызовет трудности в лечении основного заболевания и дополнительные расстройства психологического спектра.

Литература:

1. Chissov V. I., Starinskii V. V., Petrova G. V. (eds). Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2010 godu (zabolevaemost' i smertnost'). Moscow: FGU «MNIОI im. P. A. Gertsena Rosmed tekhnologii», 2012. (Russian).
2. Schreiber D., Rineer J., Weiss J. P., Safdieh J., Weiner J., Rotman M., Schwartz D. et al. Clinical and outcomes of men undergoing radical prostatectomy or radiation therapy for localized prostate cancer.
3. Radiat Oncol J. 2015; 33 (1): Stone A. A., Mezzacappa E. S., Donatone B. A., Gonder M.
4. Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: results from a community screening program. Health Psychol. 1999; 18 (5).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время онкологические заболевания все чаще относятся к числу психосоматических. Ряд исследователей признает влияние на развитие опухолевых процессов не только физических, биологических факторов, но и психологических, психосоциальных. При этом отмечается, что в анамнезе у большинства пациентов с онкологической патологией встречаются сложные, порой экстремальные жизненные ситуации и события, сопровождающиеся переживаниями интенсивного (травматического) стресса.

Однако, научных доказательств тому, что именно психоэмоциональный стресс является непосредственной причиной развития злокачественных новообразований, до сих пор нет. По мнению профессора Д.Г.Заридзе, основные трудности изучения связи психики с возникновением рака обусловлены невозможностью точного определения начала онкопроцесса в его бессимптомной и манифестной стадиях. Это порождает скептическое отношение к самой возможности существования таких связей [2].

Тем не менее значительное количество эмпирических данных и научных исследований свидетельствуют о связи психологического стресса с высоким риском развития злокачественной опухоли, и предполагают, что стресс является пусковым механизмом канцерогенеза [1].

О.В.Бухтояровым и А.Е.Архангельским было исследовано 837 пациентов с различными нозологическими формами злокачественных опухолей. Из этого числа пациентов 489 человек (58,4%) указали на психогенные факторы как главные причины развития их заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что в по-

лученной выборке явно преобладали пациентки с диагнозом «рак молочной железы» — 344 (41,1%).

Задачи исследования: выявление влияния психоэмоционального стресса на возникновение рака молочной железы.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 70 пациенток с диагнозом «рак молочной железы». Методы — бланковый опросник «Ваше мнение», разработанный А.Е. Архангельским, О.В. Бухтояровым (2008 г.).

Опросник содержит один вопрос, обычно задаваемый пациентам при сборе анамнеза заболевания: «Как вы считаете, с чем может быть связано развитие вашего заболевания?». Предлагается 7 вариантов ответа. Каждый вариант имеет свою балльную оценку. Диапазон 3–6 баллов указывает на существование, по мнению пациенток, связей развития злокачественной опухоли с психогенными причинами, диапазон 0–2 свидетельствует об отсутствии таких связей. Пациенткам предлагалось кратко указать стрессовые события (если таковые имелись), ощущения в тот период и отметить через какое время после стресса, по их мнению, развилось заболевание.

Результаты: В исследовании опрошено 70 женщин с диагнозом «рак молочной железы». Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Изучение психогенеза онкологического заболевания

Испытуемые n 70	Причины стрессовых ситуаций						Нет связи со стрессовыми ситуациями n 11	
	Разрыв отношений, измена, развод		Болезнь и смерть близких (родителей, детей, родственников)		Стрессовые ситуации на работе (возможная потеря работы, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки)			
пациенты	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
	28	47,5	19	32,2	12	20,3	11	15,7

Установлено следующее: 59 пациенток (84,3%) связывали возникновение и развитие онкологического заболевания с пережитыми стрессовыми ситуациями. Из них 47,5% указывали на разрыв отношений с мужем, измену, развод, 32,2% связывали возникновение заболевания с болезнью и смертью близких людей (родителей, детей, родственников). На стрессовые ситуации, возникавшие на работе (возможность ее внезапной потери, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки) указали 12 пациенток (20,3%). Не связывали свое заболевание со стрессовыми ситуациями 15,7 % женщин (11 человек). По их мнению, причинами возникновения заболевания могли стать наследственные факторы, травмы молочных желез.

Таким образом, наиболее значимыми психоэмоциональными стрессами, повлиявшими, по мнению опрошенных женщин, на развитие онкологического заболевания, были неблагоприятные отношения в семейной жизни, болезнь и потеря близких. Приведем несколько ответов пациенток.

Пример 1 Пациентка Т.Т.И., 48 лет, диагноз – рак молочной железы.

Стрессовые события и их продолжительность:

1. болезнь и смерть матери (болела в течение 5 лет, покончила с собой – повесилась);
2. через несколько месяцев – болезнь свекрови – рак молочной железы;
3. через несколько месяцев – измена мужа, развод;
4. разрушение семейного бизнеса;
5. сын провалился в канализационный люк, получил увечье.

Ощущения в тот период: чувство вины и чувство страха, безысходность, чувство потери, желание оправдаться.

Заболевание возникло через 2 года после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь:

Нет.

Пример 2. Пациентка И.А.Л. 40 лет, диагноз – рак молочной железы.

Стрессовые события и их продолжительность:

1. 2006 г. болезнь матери – рак пищевода, болела в течение года;
2. 2007 г. – измена мужа, развод, раздел квартиры;

Ощущения в тот период: чувство обиды, трудно выразить словами все, что тогда чувствовала, много плакала.

Заболевание возникло через год после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: другой причинной связи не вижу.

Выводы: Семья для большинства женщин является наиглавнейшей ценностью, поэтому неблагополучие, тем более ее разрушение переносится крайне болезненно. Наиболее психотравмирующими кризисными ситуациями для женщин оказались разрыв отношений с партнером, супружеская измена, потеря родных и близких, что и могло, по мнению женщин, спровоцировать развитие заболевания.

Литература:

1. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии. О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский; под ред. В.А. Козлова. – СПб.: Алетейя. 2008. – 264с.: ил. [2] с цв. вкл.
2. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных новообразований. / Д.Г.Заридзе //Канцерогенез.-М.:Медицина, 2004, - с.29-85

ЕСЛИ ВЫ ПОТЕРЯЛИ...

«Если вы потеряли...»

Именно так называется маленькая памятка, которая лежит во всех уголках нашего госпиталя. В ней совсем чуть - чуть и так много помощи тем, кто потерял кого-то или что-то важное. И немного себя. Ведь, как известно, любая утрата – это утрата части своего Я.

Немного о стадиях утраты, немного рекомендаций о том, как найти в себе силы двигаться дальше. Оставить в сердце место для утраченного и жить. Многие придут в кабинет психологической помощи и расскажут о своих потерях... Потеря близкого, времени, знаний, здоровья. Некоторые проходят мимо и остаются порой незамеченными, но есть такие утраты, которые занимают ведущее место по своей болезненности, как физической, так и эмоциональной.

Потеря здоровья. Болея, мы становимся очень уязвимы. Людям, которые находятся рядом с болеющим, приходится порой подбирать нужные слова очень тщательно. Так же тщательно, как и врачу, который подбирает необходимое лечение.

Известный терапевт Р.А. Лурия говорил о том, что поведение и психика человека меняются с того момента, когда он узнает о своем заболевании. Этот же автор говорил о внутренней картине болезни, под этим термином понималось «все то, что испытывает и переживает пациент, всю массу ощущений,... его представление о самой болезни, о ее причинах – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из сложных сочетаний эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [1]. Как только пациент приобретает приставку «онко», его внутренний мир уже не может быть прежним. С этого момента новый диагноз сопровождает тревога и/или страх.

В подростковом возрасте пугает болезнь, которая может повлиять на изменения внешности; в зрелые годы болеющих тревожит

возможная инвалидизация, для пожилых людей наиболее значимыми могут быть переживания, связанные с летальностью. Для онкологических пациентов эта триада страхов может соединиться воедино.

При угрозе потери Я возникает ощущение ненадежности этого мира, мир-потенциально опасен, жизнь кажется бесцельной и бессмысленной, часто такое состояние сопровождается чувством злости, агрессией. Сопровождающие процесс лечения специалисты не всегда понимают посыл такого поведения, в основе такого состояния экзистенциальная данность.

Выделим отдельно страх смерти. Он может включать такие вопросы:

- ▶ Что будет, если я потеряю тело?
- ▶ Что будет, если я начну испытывать страдания?

Далеко не многие как Ошо способны говорить о смерти, как о начале нового рассвета. В большинстве случаев пациенты, думая о раке, строят в своей голове цепочку: рак-страдания-смерть. И эта цепь становится только крепче, если пациент не объединяет свои усилия в лечении с понимающим специалистом.

Стремление «отгородиться от болезни», «диссимулировать» от родных свое состояние приводит к потере времени. Человек сталкивается со срывом давно выстроенных планов, идей, связанных с будущим. Как правило, болезнь никогда не входит в планы, многие не готовы к резким изменениям своего обычного образа жизни. Появляется страх за будущее, ведь его может не быть.

Психолог, находясь рядом с онкопациентом, предвидя тревогу о будущем, может уменьшить ее до комфортного уровня, используя оставшуюся для увеличения осознанности и жизненности пациента. Смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное влияние на наш опыт и поведение. При правильно выстроенных отношениях с ней конфронтация может привести к изменению жизненной перспективы, явиться стимулом к аутентичному погружению в жизнь [2].

В правильной ориентации на процесс лечения большое место отводится главной социальной способности – эмпатии, когда в центре лечения становятся отношения. Врач является внимательным слушателем, умеющим смело задавать вопросы о состоянии пациента, а также проводящим границы между тем, что говорит и делает пациент и своими собственными суждениями и реакциями.

Оказывая поддерживающую терапию, во время лечения, специалист может заметить склонность некоторых пациентов искать помощь только вовне, занять зависимую позицию опираясь только на своего «спасителя». Доступное информирование о течение заболевания, установление отношений сотрудничества, ознакомление с целями, методами лечения позволит создать хороший медико-психологический альянс между онкопациентом и специалистом в лечении онкологического заболевания. Не в наших силах вернуть утраченное здоровье, но мы помогаем приобретать внутреннюю силу, новое понимание жизни, нового себя.

Литература:

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.- 4-е изд.- М.: Медицина, 1977.- С. 37–52.
2. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие/Р.В. Кадыров.-СПб.; Речь,2012, 184 с.

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «РАДИ ЖИЗНИ»

В обществе диагноз «рак» звучит как приговор. Многие из тех людей, кому поставили такой диагноз, замыкаются в себе, борются с болезнью в одиночку, скрывают о своем диагнозе даже перед самыми близкими людьми, потому что боятся их ранить, страшатся стать для них обузой. Чтобы помочь таким людям адаптироваться к новым реалиям, Союз женщин Чувашии разработал социальный проект «Ради жизни» и выиграл грант на его реализацию. Так в марте 2014 года в городе Чебоксары Чувашской Республики на базе БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» был открыт Центр психологической поддержки для пациентов с онкологическими заболеваниями «Ради жизни» и выделено две ставки медицинского психолога.

Работа с пациентами и их родственниками ведется в разных направлениях. Приоритетными являются: оказание психологической помощи пациентам и их родственникам, организация и проведение «Школы пациентов», «Школы здоровья», «Школы для родственников тяжелобольных пациентов с онкологическими заболеваниями», создание и поддержание работы Группы общения онкологических больных и их близких, информационная и методическая поддержка. Для интересующихся пациентов и их родственников собрана и предлагается для ознакомления электронная библиотека. На поликлиническом приеме психологи помогают пациентам на этапе постановки диагноза выйти из состояния шока, сориентироваться, принять ответственность за свое здоровье на себя, направить свои силы для работы над своим здоровьем.

В Центре «Ради жизни» регулярно проводятся информационно-образовательные мероприятия для пациентов и их родственников с участием врачей-онкологов, медицинских психологов,

представителей общественных организаций. Практикующие специалисты информируют участников о современных методах диагностики и лечения рака, помогают разобраться в принципах проводимого лечения, рассказывают пациентам и их близким, как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием. Обязательна и практика. Так, пациентам с колостомой и их родственникам рассказывают о современных технических средствах реабилитации, дают алгоритм действий для их бесплатного получения, объясняют и показывают как пользоваться калоприемником. Для пациентов проходящих химиотерапию дается информация о том, что происходит с организмом, как он реагирует на данное лечение, о возможных осложнениях на данном этапе, о том, что использовать в питании, от каких продуктов лучше отказаться, как питаться, что делать и чего не делать при нарушениях желудочно-кишечного тракта, куда обращаться за помощью.

В настоящее время при Центре работает клуб общения пациентов. Он стал логичным продолжением той деятельности, которую ведут медицинские психологи. В группе общения пациенты находят тех, кто борется с болезнью, поддерживают друг друга, вместе с психологами преодолевают чувство растерянности и беспомощности, прорабатывают страхи, которые в той или иной степени возникают после постановки диагноза и лечения. Частыми гостями группы общения стали такие специалисты, как: стилисты, косметолог, врач-диетолог, священник, специалист по карвингу, поэтесса. Внешний облик для пациенток особенно значим в период прохождения химиотерапии. Проблемы, связанные с выпадением волос, требуют творческого и практического подхода. Так, на встречах со стилистами участники с удовольствием экспериментируют на себе с завязыванием платочков и шарфиков, говорят на разные темы, шутят, а потом небольшими группами направляются в магазины за новыми головными уборами. В нашем Центре организуются занятия, где сами пациенты проводят Мастер-классы, и эти встречи уже стали традиционными. В атмосфере дружеского общения проводились занятия по лепке роз из полимерной глины, встречи, где пациентки вязали крючком, знакомились с основными методами

окулировки яблонь и груш и учились делать заготовки черенков. Словом, пациенты щедро делятся своим опытом. Душевные занятия помогают отвлечься от своих недугов, а положительные эмоции способствуют позитивному настрою.

Особое место в работе медицинских психологов занимает коррекционная психотерапия в отделениях стационара онкодиспансера. На предоперационном этапе с пациентами проводится индивидуальная терапия страха перед оперативным лечением и наркозом. В послеоперационном периоде проводится индивидуальная и групповая работа с использованием различных направлений арт-терапии, рациональной и позитивной психотерапии. Обязательно проводится коррекция отношения к болезни и здоровью.

Медицинские психологи вместе с врачами-онкологами Республиканского клинического онкологического диспансера активно участвуют в работе по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, используя мультидисциплинарный подход. В работе «выездной онкологической бригады» врачи-онкологи ведут консультативно-диагностический прием для пациентов, а медицинские психологи проводят лекцию по управлению стрессом и обучающий семинар по самообследованию молочных желез с использованием специальных муляжей.

В рамках психологической поддержки пациентов с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации организовывались поездки с экскурсиями по святым местам: это и озеро Светлояр в Нижегородской области, Раифский Богородицкий монастырь, остров-град Свияжск. Для пациентов стационара приглашались ансамбли, кукольный театр. Внимание не только к физическому, но и психологическому состоянию пациента помогает активизировать внутренний потенциал человека и увеличить шансы на улучшение, стабилизацию процесса.

Наш Центр, без сомнений, дает дополнительную возможность получать информацию и поддержку, находить опору, способствует улучшению качества жизни.

У Центра «Ради жизни» есть новые цели и планы, ведется работа над их реализацией.

НЕПРЕРЫВНО ДЕЙСТВУЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ — МЕТОДИКА И ПРАКТИКА

ИНТЕРАКТИВНЫЙ СЕМИНАР

На примере Иерусалимского центра холистической помощи онкологическим больным им. Ю. Штерна, Израиль

1. Синдром профессионального выгорания широко обсуждается во всем мире уже не одно десятилетие. Медицинские и социальные работники, психотерапевты, добровольные помощники, связанные с работой в сфере онкологии и болезней, угрожающих жизни, помогающие онкологическим пациентам, живут и функционируют зачастую в крайне напряженных условиях. Ежедневное соприкосновение, столкновение с болезнью и смертью, работа с людьми, находящимися в предельно сложной, порой кризисной жизненной ситуации, необходимость учитывать нормы, определяемые традицией, обществом, существующей системой здравоохранения, приводят к возникновению «синдрома выгорания» не только отдельных людей, но и целые коллективы. К сожалению, в сфере помогающих профессий, зачастую ощущается отсутствие профессиональных знаний и методов, позволяющих более эффективно справляться с возникающим у специалистов равнодушием, холодностью, цинизмом, проявлениям профессиональной «жесткости» и утратой гуманного отношения по отношению к подопечным, а также по отношению друг к другу.

С другой стороны — и это тоже крайность — у работающих с онкологическими больными может возникнуть чрезмерная открытость к чужой боли, неспособность обозначить границы между профессиональными и человеческими контактами.

2. Одним из наиболее эффективных методов профилактики профессионального выгорания врачей и психологов являются группы профессиональной взаимопомощи, как например, основанные проф. Михаэлем Балинтом «балинтовские группы», широко распространенные во всем мире, в том числе и в России. Во время встречи группы в обстановке взаимного доверия, контакта и открытости, участники обсуждают возникающие в ходе терапевтической работы проблемы профессионального психологического и личного характера.

3. Интегративная модель комплексной работы с добровольцами в онкологическом пространстве – возможный подход к синдрому выгорания и его профилактике. В сфере помогающих профессий, чрезвычайно важно работать в окружении людей, которых можно назвать не только коллегами, но и единомышленниками, чуткими партнерами, совместно выполняющими свою миссию для пациентов и общества. Пока что не изобретено «лекарство», приняв которое, можно стать оптимистичным, доброжелательным, полным эмпатии и сочувствия и ко всем пациентам, и к своим коллегам. Но помочь в приближении к такому состоянию может открытое и безопасное для всех без исключения участников обсуждение и проработка широчайшей гаммы профессиональных и личных чувств, возникающих в тонкой сфере профессиональных и человеческих отношений. В Иерусалимском Центре холистической помощи онкологическим больным и их семьям разработана интегративная целостная модель работы с онкологическими пациентами. Центр работает по этой модели уже более 9 лет.

Методическое осознание сложности темы онкологии не только в профессиональном аспекте, но в холистическом, основанном на единстве души-тела, привел нас к необходимости особой концепции построения графика работы сотрудников. Необходимо отметить, что одна из специфических характеристик онкологических заболеваний состоит в ощущении катастрофических изменений, приводящих к иногда полной потере ориентации, ощущению «почвы, выбитой из под ног», резким изменениям

профессионального и личного статуса пациентов. Такого рода ощущения, связанные зачастую со страхом смерти или опасениями «заразиться» от своих подопечных, иногда «переносятся» на сотрудников\добровольцев\специалистов, работающих с онкологическими пациентами. Для создания профилактики выгорания, восстановления душевного\профессионального равновесия, постоянной и протяженной во времени работы добровольцев \специалистов необходим, на наш взгляд, целостный системный подход. Предлагаемый метод включает систему постоянных элементов, создающих устойчивую позицию каждого сотрудника\добровольца, ощущение внимания и участия к его проблемам, возможности профессионального\личного роста, коллегиальной работы над решением возникающих проблем. Эффективность метода приводит не только к тому, что около 35% добровольцев работают 7–9 лет, 30% до 5 лет, 25% — до 3-х лет, что само по себе является свидетельством позитивной жизненной позиции сотрудников, но и подтверждает существенные положительные изменения, приводящие к личностному и профессиональному росту этих специалистов, в нашем случае — добровольцев, а как результат — к значительному снижению уровня выгорания.

4. Системный подход и непрерывная профилактика синдрома выгорания включает в себя, в частности, следующие элементы:

- ▶ Многоступенчатая система подготовки и адаптации новых добровольцев — предварительный отбор, 3-х дневный семинар, обучающий специальным практикам и техникам работы, основам отношений между пациентом и терапевтом в онкологическом пространстве.
- ▶ Постоянная работа с добровольцами над мотивацией и общей миссией проекта — развитие ощущения общности целей, выяснение глубинных причин добровольческой работы, вовлечение и развитие заинтересованности в успехе проектов Центра.
- ▶ Постоянная еженедельная супервизия - основной и важнейший элемент интегративного подхода: автоматическое включение 45

минут группового обсуждения и проработки возникающих в ходе работы проблем профессионального и личного плана, со специалистом (психологом) в график работы. Участие в группе — обязательно для всех работников/добровольцев и приводит к восстановлению энергетического и душевного потенциала сотрудников.

► **Постоянство графика** и создание чувства безопасности - работа в одни и те же часы, постоянные дни недели, в одной и той же группе коллег. Этот элемент также чрезвычайно важен как для адаптации и привыкания, как и для создания некоей «группы поддержки» на рабочем месте.

► **Семинары и курсы** повышения квалификации и личностного роста на протяжении года

5. Не менее важным, является работа над теми же проблемами выгорания, усталости, перенапряжения, **потери мотивации у сотрудников ведущего коллектива Центра**. Укажем несколько главных элементов профилактики выгорания для ведущей группы организации

► Еженедельная рабочая конференция сотрудников – постоянная возможность обсуждения профессиональных и личных проблем, создать атмосферу доверия, безопасности и равенства, общей заинтересованности и взаимной помощи

► Директор Центра находится в постоянной связи с каждым сотрудником — возможность личного и постоянного контакта

► Участие всех сотрудников в семинарах подготовки и профессиональных курсах. Совместная работа над созданием и осуществлением новых проектов.

Цель нашего семинара — помочь каждому из участников в процессе совместной работы, практических упражнений на визуализацию и методов телесно ориентированной психотерапии, осознать и определить факторы выгорания, обладающие для них лично разрушительным воздействием, ознакомить с действующей в Центре холистической помощи повседневной комплексной профилактике синдрома выгорания. Помимо индивидуальной работы каждого из

участников, интерактивное и осознанное участие группы, использование методик выработки общего решения позволяют прийти к неожиданным выводам о причинах ситуаций, приводящих к выгоранию. Мы полагаем, что наиболее точная формулировка и осознание для каждого из участников, ситуаций и причин, приводящих в итоге к «стертой» реакции, циничному отношению и отсутствию подлинного интереса к работе, может стать также источником «возрождения» и подлинной реабилитации, необходимой для сотрудников и их коллективов.

Результаты более чем 9-летней практики Центра, интенсивная работа и волнующие встречи с сотнями добровольцев и пациентов приводят к неожиданному выводу — о **постоянной возможности возрождения, душевного, интеллектуального, психологического обучения работающих в этой трудной и не всегда объяснимой сфере онкологии**. Там зачастую возникает такое уникальное и интимное ощущение встречи и взаимопонимания между пациентами и добровольцами, что сердца обеих сторон заполняются энергией любви и благодарности, позволяющей работать долгие годы, преодолевая сложности и конфликты.

— ПОЛЕЗНАЯ — ИНФОРМАЦИЯ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ «ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ШЕРЕДАРЬ»

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ
ФОНД КОНСТАНТИНА ХАБЕНСКОГО

ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА

СЛУЖБА ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ
И ИХ БЛИЗКИМ «ЯСНОЕ УТРО»

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
info@rcpcf.ru
+7 (499)704-3735

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, «ШЕРЕДАРЬ»

В 2012 году был создан фонд «Шередарь», полностью посвятивший свою работу развитию детской реабилитации после онкологических заболеваний в России. Реабилитационные программы проходят в специальном детском оздоровительно-реабилитационном центре «Шередарь» в поселке Сосновый Бор Владимирской области, открытие которого состоялось в мае 2015 года.

На сегодняшний день благотворительный фонд «Шередарь» — единственная в России некоммерческая организация, которая на базе собственного реабилитационного центра систематически проводит полностью бесплатные реабилитационные программы для детей и подростков 7–17 лет, перенесших онкологические заболевания, а также для их здоровых братьев и сестер.

Фонд «Шередарь» работает по признанным международным методикам Ассоциации реабилитационных лагерей SeriousFun Children's Network, позволяющим в короткие сроки вернуть ребенку уверенность в своих силах и доверие к миру, показать, что он может гораздо больше, чем привык думать за время болезни.



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

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 организации оказания паллиативной медицинской помощи населению. Миссия Ассоциации – развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации во всех ее аспектах.

Один из проектов Ассоциации – портал «Про паллиатив» www.pro-palliativ.ru. Сегодня это единственный информационный ресурс, который всеобъемлюще охватывает вопросы этой сферы, представляя актуальную информацию по различным аспектам организации оказания паллиативной помощи, таким как нормативно-правовое регулирование, права пациентов, вопросы обезболивания и психологической поддержки и т. д.

С 27 сентября работает горячая линия по вопросам оказания паллиативной помощи взрослым и детям. Телефон горячей линии: 8-800-700-84-36, круглосуточно (Москва и МО).

 www.pro-palliativ.ru
info@pro-palliativ.ru
info@pro-hospice.ru
+7 (495) 545-58-95


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

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД КОНСТАНТИНА ХАБЕНСКОГО

БФ Константина Хабенского был создан в апреле 2008 года для того, чтобы дети с онкологическими и другими тяжёлыми заболеваниями головного мозга могли вовремя получать всю необходимую медицинскую помощь и скорее возвращались к полноценной жизни. Ежегодно около 1200 детей в России сталкиваются с такими диагнозами, и практически во всех случаях требуется длительное дорогостоящее лечение.

Фонд решает задачи комплексного подхода к оказанию помощи детям с опухолями мозга: от получения самых необходимых знаний и первого осознанного решения родителей обратиться к врачу до полной реабилитации ребёнка и всей его семьи. Фонд оплачивает диагностику и лечение детей, проводит информационную работу с родителями, с помощью конференций, курсов и тренингов повышает квалификацию врачей, помогает оснащать профильные отделения российских медицинских учреждений, а также организует реабилитационные программы.



www.bfkh.ru
info@bfkh.ru
8 800 250 93 05

ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА

Фонд поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» учрежден врачами-онкологами и объединяет усилия общественных организаций, пациентов и их близких, врачей, исследователей и всех, кто неравнодушен к проблеме онкологии.

Задачи Фонда - информирование общества о современных методах диагностики и лечения онкологических заболеваний, внедрение в практику врачей-онкологов международных стандартов лечения, основанных на достижениях доказательной медицины, формирование партнерских отношений между пациентами и врачами, повышение ранней выявляемости онкологических заболеваний.

Фонд меняет отношение к онкологическим заболеваниям в обществе; повышает квалификацию онкологов; проводит профилактические и образовательные мероприятия.



info@protiv-raka.ru
protiv-raka.ru
netoncology.ru
днидиагностики.пф
+7 (495) 419-02-99

СЛУЖБА ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ «ЯСНОЕ УТРО»

Служба «Ясное утро» занята комплексом задач, связанных с поддержкой и адаптацией людей с онкологическим заболеванием, формированием ответственного отношения к своему здоровью у населения, профилактикой профессионального выгорания у врачей, обучением психологов специфике работы с онкологическими больными.

Горячая линия психологической помощи онкологическим больным и их близким 8-800-100-01-91 – основное направление работы службы «Ясное утро». Позвонив на линию, пациенты и их близкие могут поговорить со специально подготовленным психологом, а также получить юридическую консультацию по медицинскому праву. Линия работает круглосуточно, бесплатно, на условиях анонимности для абонента.

ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ «ЯСНОЕ УТРО»

- ▶ Очные индивидуальные консультации и группы поддержки онкологических больных и их близких
- ▶ «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

Контакты:
ясноеутро.пф
contact@yasnoeutro.ru
+7 (499) 553-04-70

ДЛЯ ЗАМЕТОК