

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**X ВСЕРОССИЙСКИЙ
СЪЕЗД ОНКОПСИХОЛОГОВ**

**8—10 НОЯБРЯ 2018
МОСКВА**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

«X Всероссийского съезда онкопсихологов».

Москва, 2018 — 72 стр.

Подготовлен Службой «Ясное утро».

Использование и публикация статей возможны

только с согласия авторов.

Пунктуация и орфография в статьях —

авторская.

Этот сборник можно скачать на сайте

ясноеутро.рф

Служба «Ясное утро»

contact@yasnoeutro.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗИСЫ

- 8** Исследование формирования картины мира подростков.
Н.Б. Аскарғалиева
- 12** Равные консультанты в онкологии: первые шаги. *С.С. Гаврилова*
- 16** Особенности эмоционального реагирования при социальной депривации отшельницы Агафы Лыковой при новообразовании молочной железы.
Ж.Р. Гарданова, Д.О. Зинченко
- 19** Из опыта работы по подготовке специалистов в области онкопсихологии для работы в системе здравоохранения и социальной защиты, учреждениях образования и частнопрактикующих психологов. *Е.А. Жалейко*
- 23** Специфика состояния пациентов с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож. *М.Л. Захарова, П.И. Иванов*
- 26** Организация госпитальной школы в стационаре онко-гематологического отделения как часть психологической помощи и поддержки на этапах лечения и реабилитации. *Е.С. Зорина*
- 30** Образ будущего женщин с онкологическими заболеваниями.
Г.Ф. Корян, О.С. Гурова
- 34** Клинико-психологические особенности женщин с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы. *М.Г. Кряжев*
- 38** Системный подход в телефонном консультировании по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов.
И.А. Кузьмина
- 41** Опыт организации работы психосоциальной службы центра детской онкологии и гематологии «ОДКБ» Ростова-на-Дону. *Н.В. Маркова, К.С. Асланян*

- 46** Изучение страхов, связанных с медицинскими манипуляциями, у детей в возрасте от 3 до 6 лет. *О.О. Морозова, О.В. Ушакова*
- 49** Страховой представитель 3 уровня: психология конфликтов в онкологии. *А.А. Старченко, О.В. Тарасова, Ю.Н. Комарев*
- 52** Основные направления психологической реабилитации детей с онкопатологией в период ремиссии. *Е.Н. Сухановская, Г.А. Ткаченко*
- 54** Особенности работы студента-волонтера в онкологической клинике. *С.А. Теплякова, М.В. Горбанева, С.В. Есина*
- 58** Коррекция стресса с помощью техник майндфулнесс в психологическом консультировании онкологических пациентов. *М.В. Толстинова*
- 61** Организация и программа работы с группой поддержки молодых онкобольных на опыте Центра холистической помощи им. Юрия Штерна. *Лена Штерн*

ПОЛЕЗНЫЕ КООРДИНАТЫ

- 66** Благотворительный фонд помощи тяжелобольным детям «ЖИВИ»
- 67** Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи
- 68** Благотворительный Фонд помощи детям с тяжелыми заболеваниями и поддержки одаренных детей «ЖИВИ»
- 69** Благотворительный фонд реабилитации детей, перенесших тяжелые заболевания, «Шередарь»
- 70** Служба помощи онкологическим больным и их близким «Ясное утро»

— ТЕЗИСЫ —

ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КАРТИНЫ МИРА ПОДРОСТКОВ

Актуальность темы формирования картины мира у подростков невозможно переоценить, так как именно на данном этапе взросления ведущими и значимыми являются процессы культурного самоопределения подростка и формирования его мировоззрения [1], особенно когда в этом возрасте подростку объявлен диагноз — рак. *Целью нашей статьи является* изучение соотношения картины мира и поведения подростков. Накопление материала по данной теме важно для нас, т.к. он будет основой для разработки реабилитационных программ для онкобольных подростков.

Термин «картина мира» тесно связан с понятием образа мира, который А.Н. Леонтьев формулирует, как целостную и многоуровневую систему взглядов человека о мире и других людях, о себе самом и своей деятельности. В таком понимании образ мира представляется как более устойчивая, интегральная структура, в отличие от картины мира. Образ мира даёт возможность расставлять акценты значимости (существенного и функционального) и формировать субъективный мир отношений и предметов (признаков, чувств, впечатлений, норм, представлений и т.д.) [2].

Картина мира совмещает несколько частей: социально-приобретенные компоненты (базовая составляющая картины мира), определяющие социальную ситуацию жизни индивида, включая индивидуальный опыт и собственные представления (инвариативная часть картины мира). Базовая составляющая определяется своими характерными чертами, зависящих от установленных социальных и исторических, а также географических условий, в которых проживает человек, инвариативная часть предопределяется его личностными особенностями [3]. Свое поведение человек выстраивает соответственно собственной картины мира.

Согласно, точки зрения С.Т. Посоховой картина мира состоит из: социального (взаимоотношения человека с окружающими его людьми), феноменологического (окружающие человека предметы и явления) и рефлексивного (образ «Я») компонентов [4]. Особенности становления образа «Я» ребенка описаны в работах М.В. Корепановой [5], а особенности формирования мировоззренческой позиции младших школьников исследованы в работах Н.Н. Саяпиной [6]. О.Ю. Полякова подчеркивает активную роль в формировании картины мира в период ребенка дошкольного возраста и представляет процесс состоящий из нескольких этапов. Первый — когнитивный (начинающийся с представлений ребёнка и проявляющийся познавательным интересом к окружающему миру, второй — поведенческо-деятельный (этап накопления знаний и формирующий отношение к окружающему миру, для применения их в повседневной жизни, в дальнейшем они формируют качества личности. Заключительный этап — эмоционально-ценностный (появляется стремление и желание к пониманию мира, поиск чего-то необычного в нем, с проявлением индивидуальных качеств личности [7]. В своих исследованиях она утверждает, что для подростков важен вид деятельности — «поиск необычного». Следовательно, при формировании картины мира важны интеллектуальный, аксиологический и практический критерии, по ним складывается целесообразность и эффективность данного процесса.

По мнению исследователей И.Ф. Исаева, В.А. Слостёнина и Е.Н. Шиянова процесс формирования картины мира начинается с момента «познания» ребёнком окружающей действительности, когда формируется «система знаний» в следствии его «аналитико-синтетической деятельности» [8]. Авторы также подчеркивают важность эмоционально-волевых усилий, т.к. в детстве без «чувств и эмоций» в отношении того, что он познал, немислимо сформировать «убеждения», которые вместе с «волей» позволяют «обосновать решения, действия и поступки». Завершающим этапом они считают «сферу практической деятельности» [11]. Формирование картины мира подростка — сложный циклический процесс инте-

риоризации, результат его необходим при выработывании у подростка ценностно-смысловых основ деятельности, умозаключений, когнитивных и интеллектуально значимых убеждений, ощущений и практик, основывающихся на социокультурных ценностях и нормах, именно они важны при выборе индивидуальных стратегий поведения и действий подростков [1].

В подростковом возрасте меняется модель взаимоотношений со взрослыми и собственными родителями. Подросток требует к себе отношения на равных, испытывает потребность в признании собственной взрослости, а попав в отделение онкологии он становится зависимым от сопровождающих его взрослых. Наша задача заключается в создании для подростка возможности самоконтроля, адекватного отношения к болезни, помочь развить способность к личностной регуляции и выстроить своё поведение в соответствии с собственной картиной мира.

Литература

1. Е.А. Александрова, Е.С. Кривошеина — Структура формирования картины мира подростков, *Siberian pedagogical journal*, № 6 / 2015., с. 15–19.
2. В.П. Серкин — Психосемантика. Учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры., М.: Издательство Юрайт, 2016., (318).
3. А.С. Обухов — Исторически обусловленные модификации образа мира. Развитие личности, № 4/2003., с. 51–68.
4. С.Т. Посохова — Картина мира в кризисных переживаниях личности. Перспектива человека: трансформация картины мира в современном геополитическом кризисе. Сост. С.Т. Посохова, А.И. Извеков. СПб., 2015. с. 87–104.
5. М.В. Корепанова — Особенности становления образа «Я» ребенка // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. — № 4/2009., Т. 9., с. 74–79.
6. Н.Н. Саяпина — Особенности формирования мировоззренческой позиции младших школьников в учебной деятельности // Актуальные проблемы исследования массового сознания: Материалы 2-й Международной научно-практической конференции. — Пенза: Пензенский государственный университет, 2015., с. 632–643.
7. О.Ю. Полякова — Формирование у детей 6–7 лет основ миропонимания в процессе ознакомления с явлениями окружающего мира (на материале астрономии): автореф. дис. канд. пед. наук., Ульяновск, 2012., с. 25.
8. В.А. Слостёнин — Педагогика: учебник для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Изд. центр «Академия», 2008. 576 с. (303, 304).

РАВНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ В ОНКОЛОГИИ: ПЕРВЫЕ ШАГИ

Благотворительная Программа «Женское Здоровье» более 10 лет объединяет экспертов в онкологии для оказания информационной и психологической поддержки женщинам, живущим с онкологическим диагнозом репродуктивной сферы.

ПРОГРАММА РАЗВИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИЯХ:

- ▶ Формирование сильного и многогранного сообщества неравнодушных людей и профессионалов для оказания поддержки женщинам с онкологическими диагнозами репродуктивной системы;
- ▶ Работа групп взаимопомощи, ориентированных на постоянный прием новых пациенток на всех этапах лечения и реабилитации, начиная с момента постановки диагноза;
- ▶ Содействие реабилитации женщин с онкологией репродуктивной системы после лечения посредством сервисов с профессиональными ведущими;
- ▶ Развитие всероссийского добровольческого движения поддержки женщин, имеющих опыт жизни с онкологическим диагнозом репродуктивной системы, действующего принципу «равная-равной»;
- ▶ Профессионализации сообщества женщин, имеющих опыт жизни с онкологическим диагнозом, по средствам поддержки и обучения активистов из регионов основам равного консультирования, взаимодействия с государственными учреждениями здравоохранения, развития лидерских качеств.

Основным инструментом профессионализации сообщества женщин, имеющих опыт жизни с онкологическим диагнозом, *Программа видит развитие института равного консультирования*, поскольку:

- ▶ Равный консультант — это специалист, обладающий собственным опытом жизни с диагнозом, прошедший принятие диагноза, и прошедший специальное обучение;
- ▶ Система работы равных консультантов дает возможность предоставить необходимую помощь и поддержку как можно большему количеству женщин, начиная с момента постановки диагноза;
- ▶ Равные консультанты могут оказывать помощь не только женщинам с диагнозом, но и их близким, предоставляя достоверную информацию о заболевании, стадиях принятия диагноза, службах медицинской и социальной помощи;
- ▶ Равный консультант является «навигатором» для пациенток, предоставляющим достоверные алгоритмы действий исходя из каждой индивидуальной ситуации: построение конструктивного контакта с врачом, помощь при составлении обращений и заявлений в медицинские и социальные учреждения;
- ▶ Равный консультант может оказать эмоциональную поддержку пациенткам на первых стадиях принятия диагноза, помочь справиться со стрессом, самостигматизацией, мотивировать к выбору в пользу методов традиционной медицины.

В конце 2017 года инициатива Программы по развитию равно-го консультирования получила поддержку Фонда Президентских грантов. С февраля 2018 года наша команда начала работу по проекту «*Развитие сети равных консультантов для женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы*» в следующей ниже последовательности.

УСТАНОВОЧНЫЙ ЭТАП ПРОЕКТА:

В феврале 2018 г. прошла установочная встреча для межотраслевых команд из 11 регионов Российской Федерации, в которые вошли:

- ▶ представители административного звена ведущего регионального онкологического диспансера,
- ▶ представители психологической службы онкодиспансера,
- ▶ представители партнерской региональной НКО и /или активистов из числа пациентов.

Началась работа по созданию правовой базы для работы равных консультантов в медицинских учреждениях онкологического профиля и согласование программы подготовки равных консультантов.

ЭТАП ПОДГОТОВКИ КОНСУЛЬТАНТОВ:

В период с марта по май 2018г. проходила подготовка консультантов по теме «Равный консультант для женщин с онкологическим диагнозом репродуктивной системы» в общем объеме 40 академических часов:

- ▶ Семинар I ступени (очно, 16 часов).
- ▶ Вебинар «Маршрутизация клиенток с онкологическим диагнозом репродуктивной системы: общая структура» (дистанционно, 2 часа).
- ▶ Составление маршрутной карты для сопровождения пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы (самостоятельное изучение, 6 часов).
- ▶ Семинар II ступени (очно, 16 часов).

Изданы информационные материалы проекта.

ЭТАП ЗАПУСКА КАБИНЕТОВ РАВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ:

В июне 2018 г. начали работать кабинеты (и «точки доступа») равного консультирования в 8 регионах проекта. Кабинеты открылись в Красноярске, Перми, Йошкар-Оле, Уфе и Костроме, Майкопе. Равные консультируют непосредственно в отделении медицинского учреждения в Твери, Москве.

ПЕРВЫЕ ИТОГИ. ЗА ПЕРВЫЕ 4 МЕСЯЦА РАБОТЫ КАБИНЕТОВ РАВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ:

- ▶ в них работали 27 равных консультантов (из 34 подготовленных)
- ▶ проведено 746 индивидуальных консультаций (первичных и повторных)
- ▶ проведено 46 групповых консультаций для пациенток стационаров (не менее 340 участников).
- ▶ общее количество женщин, получивших помощь равных — не менее 1100 .

Для повышения эффективности работы равных консультантов и профилактики профессионального выгорания психологи-специалисты проекта провели супервизию для 18 равных консультантов из шести регионов.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ РАВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

- ▶ Информационная, административная и психологическая поддержка со стороны Программы равных консультантов уже работающих в регионах.
- ▶ Включение в проект новых региональных команд и проведение новых курсов по подготовке равных:
- ▶ Организация и запуск системы оценки с «участием» работы проекта, учитывающая изменение качества жизни пациентов и влияние работы равных на психологическую атмосферу в медицинском учреждении.
- ▶ Подготовка и старт работы он-лайн платформы по обучению равных консультантов.
- ▶ Работа по подготовке вхождения равного консультирования в региональные реестры услуг, предоставляемых СО НКО по запросу учреждений здравоохранения.

Проект, который представлен в данном докладе, позволил нам убедиться, что равное консультирование — это полноценная социальная услуга, уникальная профессия, которую невозможно недооценивать и необходимо развивать и внедрять в сферу медицинских и социальных услуг для помощи пациентам с онкологическим диагнозом.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ ОТШЕЛЬНИЦЫ АГАФЬИ ЛЫКОВОЙ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Агафья Лыкова — единственная из старообрядческой семьи отшельников оставшаяся в живых. Она с рождения живёт в тайге в 300 км от цивилизации. До 40 лет не была информирована о существовании другого мира, кроме своей семьи.

Агафья Лыкова строго придерживается старообрядческой веры, соблюдая все праздники по старому стилю. Изучение психологических особенностей в условиях социальной депривации в комплексе с религиозной фанатичностью на примере феномена семьи Лыковых — важная страница в истории российской психологии, которая позволяет понять закономерности функционирования психики в особых условиях и способы реагирования на болезнь.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:

Изучение с помощью клинико-психологических методов особенности эмоциональной сферы Агафьи Лыковой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Ввиду когнитивных ограничений (Агафья Лыкова читает и пишет только старославянской вязью, понимает и усваивает ограниченный набор слов) были применены ограниченный набор методик.

1. Наблюдение.
2. Клинико-психологическая беседа.
3. Структурное интервью по О.Кернбергу.
4. Проективная методика «Рисунок на свободную тему».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Ретроспективный анализ семейной истории и способов социального взаимодействия позволил подтвердить и систематизировать измененные аффективные реакции на значимые стрессовые события (болезнь, смерть близкого, изнасилование).

При этом не было выявлено предикторов депрессивных расстройств, субъективного переживания одиночества, прохождения экзистенциальных кризисов позднего возраста.

Ввиду крайне активного образа жизни, ярого следования всем религиозным канонам, специфического отношения к противоположному полу, к собственной гигиене, к другим людям можно говорить об особом типе эмоционального реагирования, лишенного социальных компонентов. Великий ученый В. Н. Мясищев в своих трудах о становлении личности исходил из теории неразрывной связи и взаимовлияния личности и социума. Но в условиях тотального отсутствия информации о другом мире до 40-летнего возраста формируется особый стиль поведения и эмоционального реагирования. Здесь роль социума исполнила религиозная семья (отец, два брата, сестра; мама умерла рано), правила жизни усваивались без анализа и синтеза. И даже поздние попытки социализации Агафьи Карповны, в частности, подселение к ней послушников, частые визиты волонтеров и инспекторов Хакасского заповедника несколько смягчили проявления религиозной радикальности в поведении, расширили круг интересов и сферу общения. Однако фундаментальных трансформаций не произошло, и тип реагирования на пролиферирующее новообразование молочной железы (Агафья Карповна заметила разрастание тканей в 2013 году) продиктован старообрядческими религиозными устоями, исходя из которых она и отказывается от любого лечения, в том числе оперативного. Именно в условиях неудовлетворения базовых потребностей (по А.Х. Маслоу) в безопасности, в любви сформировалось отличное от привычного нам восприятия болезни, угроз извне.

ВЫВОД:

Таким образом, сформированные особенности эмоциональной сферы в процессе прохождения всех этапов возрастной периодизации (по Б.Д. Эльконину) в условиях социальной изоляции не поддаются психологической коррекции и изменению под действием социального научения.

Стили эмоционального реагирования на значимые события не продиктованы социальными стереотипами, они обусловлены по большей части личностными установками.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПО ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ОНКОПСИХОЛОГИИ ДЛЯ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ И ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИХ ПСИХОЛОГОВ

Онкологическое заболевание, бесспорно, относится к числу тех, которое радикально меняют жизнь не только заболевшего, но и ближайшего окружения. На сегодняшний день, психологами недостаточно внимания уделяется, такому направлению как онкопсихология, отрасли психологии, цель которой изучение причин, течения, способы и возможности преодоления симптомов онкологического заболевания для оказания грамотной психологической помощи. Одна из проблем работы с онкопациентами, столкнувшихся с болезнью — это неумение найти рациональные выходы из кризисной ситуации, они замыкаются в себе, своем микросоциуме (семье), где всем членам требуется психосоциальная поддержка. Оказание психологической помощи происходит во время, либо после события, оказавшего сильнейшее воздействие на когнитивную и эмоциональную сферы человека. Онкологическое заболевание почти всегда психологически внезапное, к которому человек не готов, так как это первый подобный опыт в его жизни. Благодаря специалистам, владеющим знаниями онкопсихологии, пациенты могут получить правильные ориентиры на ресурсное восстановление психологического здоровья; повышается приверженность к лечению и даже усиливается сопротивляемость организма к недугу. Существенное внимание уделяется вопросам социального взаимодействия больных с медиками. Вовлечение в процесс помощи всех сторон, окружающих заболевшего (родственники, социальные службы, врачи, психологи) — это ценный

способ мобилизации психологических ресурсов для осуществления экстренной психологической помощи.

В Беларуси впервые курс «Онкопсихология: психологическая помощь онкологическим больным и их родственникам» был запущен в конце 2016 года в Государственном учреждении образования «Академии последипломного образования», центр профессионального развития и инновационного образования. Программа повышения квалификации представляет собой курс обучения (40 часов) в форме лекций и практических занятий. Курс предназначен для практикующих психологов, работающих в системе образования и учреждениях здравоохранения, специалистов социальных служб.

Программа обучения предполагает повышение квалификации специалистов, помогающих профессий; формирование у слушателей широкого представления о проблемах и методах решения в практике оказания психологической помощи онкологическим больным. Знакомит с практическими подходами к ведению индивидуального консультирования и групповой работе, расширяет теоретические и практические знания, по оказанию помощи онкологическим больным, на различных этапах лечения.

К достоинствам обучающей программы можно отнести высокую скорость переподготовки специалистов, их ориентацию на максимально практическое использование полученных знаний непосредственно в реальной профессиональной деятельности. Помимо стандартизированных требований по подготовке специалиста в данной профессии, таких как: наличие соответствующего образования и квалификации, владения различными прогрессивными практическими методиками в индивидуальном и групповом консультировании, постоянное совершенствование процесса консультирования, а так же личностных характеристик таких как эмпатийность, стрессоустойчивость, мобильность, создание здорового психологического климата, безоценочное отношение к клиенту, существует ряд специфических требований к подготовке специалиста для оказания психологической помощи онкопациенту и его ближайшему окружению : это планировать этапы

психокоррекционной работы с учетом стадии заболевания и определенном этапе лечения, владеть психодиагностическими методиками, умение видеть психологические особенности онкологических больных, присущих им специфичные состояния и синдромы. Особенно важно в подготовке онкопсихологов — экстренно корректировать психологическое состояние, давать положительные ориентиры для ресурсного восстановления, определять неблагоприятные психологические состояния, выявлять патологические реакции и вовремя направить к врачу-психотерапевту, психиатру.

Уже в период переподготовки слушателей было замечено, что некоторые специалисты недостаточно подготовлены, к такому виду работы, как консультирование онкологических пациентов и родственников. Отсутствуют либо поверхностны серьезные теоретические знания в практической и кризисной психологии, крайне редуцированное собственное восприятие профессии, неспособность решать сложные проблемы в профессиональной деятельности. Особое место в работе консультантов, требующее серьезной психологической подготовки, занимает разрешение личностных проблем и затруднений: эмоциональных срывов, жизненных неудач, трудностей в установлении взаимоотношений, семей, утрата уверенности в себе, смерть близких вследствие онкологического заболевания.

Следует отметить, что после прохождения курса повышения квалификации в области онкопсихологии, слушатели не только расширяют знания и понимание сферы оказания помощи и консультирования в данном направлении, но и зачастую кардинально меняют виденье на проблему. Во время обучения разъясняется почему те или иные способы и методы консультирования дают положительный результат, а какие не эффективны, либо могут навредить. Все слушатели проходят личностную психотерапию в процессе обучения на практических занятиях. Большое внимание уделяется собственно сохранению психологического здоровья, установления границ и защит у самого консультанта.

Нередко круг вопросов, требующих содействия специалистов, значительно шире, они выходят за рамки чисто психологического

сопровождения. Это и проблемы здоровья, и вопросы финансовой помощи и содействия в трудоустройстве, и жилищные вопросы, и возможности для внепрограммной консультативной деятельности психолога и социального работника. Поэтому, одним из важных обучающих блоков, включенных в учебную программу подготовки онкопсихологов, на которые делается акцент — это лекции, которые преподают врачи-онкологи и психотерапевты, работающие в онкологических диспансерах. На занятиях освящаются медицинские вопросы протекания тех или иных онкологических заболеваний, для выработки понимания маршрутизации пациентов дается информация о стратегиях взаимодействия между органами здравоохранения, представлений о правах пациентов и социальной защите данной категории граждан.

Важность подготовки онкопсихологов неоспорима и как показывает практика данное направление вызывает всё больший интерес у психологов и других специалистов, помогающих профессий. Специалисты стремятся углубить знания по оказанию психологической помощи в данном направлении, так как жизненные реалии и статистика показывают, что онкологическое заболевание затрагивает не только одного конкретного человека в определенный промежуток времени, но и целую систему социальных взаимоотношений в разные периоды жизни. И зачастую, именно специалист, подготовленный в области онкопсихологии, может оказать грамотную психологическую помощь не только болящему, но и его ближайшему окружению, которое как правило тоже «болеет» и не может справиться и адаптироваться к сложившейся ситуации.

СПЕЦИФИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПОСТУПИВШИХ НА РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА АППАРАТЕ ГАММА-НОЖ

Долгие годы наличие метастазов головного мозга и трудности их хирургического лечения не давали уверенного успешного лечения пациентам, имеющим вторичное поражение головного мозга вследствие онкологического заболевания. В современной медицине все более популярными становятся высокотехнологичные способы лечения новообразований головного мозга — стереотаксическая радиохирургия (РХЛ) и стереотаксическая радиотерапия. Одним из вариантов РХЛ является лечение с помощью аппарата Гамма-нож (Leksell Gamma Knife). Одной из специфических особенностей проводимого на данном аппарате лечения является необходимость фиксирования на голове стереотаксической рамы, что позволяет обеспечить неподвижность головы пациента в процессе исследования и в процессе лечения. Однако именно эта особенность проведения процедуры лечения вызывает ряд психологических сложностей её реализации и необходимость в психологическом сопровождении процесса радиохирургического лечения.

Целью нашей работы явилось исследование особенностей состояния тревоги у пациентов с метастазами в головной мозг, поступивших на РХЛ на аппарате Гамма-нож.

ДОСТИЖЕНИЕ ПОСТАВЛЕННОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЛО РЕШЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАДАЧ:

- 1) Исследование степени выраженности и особенностей переживания тревоги, проводившееся с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS);

- 2) Исследование направленности тревожных переживаний, проводившееся с помощью клинико-психологического интервью;
- 3) Проведение сравнительного анализа полученных данных с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Выборку составили 68 пациентов с метастазами в головной мозг: 42 женщины (61,8%) и 26 мужчин (38,2%) в возрасте от 34 до 73 лет.

Контент-анализ высказываний пациентов позволил определить основные векторы тревоги. Ими стали:

- 1) Прогноз на будущее, эффективность лечения. Тревогу подобного рода выразили 97% испытуемых (66 чел.);
- 2) Предстоящая процедура радиохирургического лечения (радиохирургия как вид лечения, стереотаксическая рамка) и ее ожидание — 95,5% (65 чел.);
- 3) Семья, дети, другие родственники и проблемы, которые могут лечь на их плечи в связи с болезнью и возможной смертью пациента — 61,8% (42 чел.);
- 4) Финансовые трудности — 29,4% (20 чел.);
- 5) Сомнения в правильности диагноза и/или получаемого лечения — 14,7 % (10 чел.);
- 6) Отсутствие необходимой и своевременной медицинской помощи по месту жительства — 13,2% (7 чел.).

ВЫВОДЫ.

1. Для больных с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож, характерно наличие выраженного уровня тревоги. Различий по уровню тревоги в зависимости от первичного очага выявлено не было. Женщины по сравнению с мужчинами более интенсивно переживают тревожное состояние.
2. У больных с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож, часто наблюдаются трудности физического и пси-

хического расслабления, нарушения сна и реакции на уровне деятельности сердечно-сосудистой системы.

3. У большинства пациентов высокая тревога обусловлена как наличием основного заболевания, его прогрессированием, так и предстоящей процедурой радиохирургического лечения, что говорит о необходимости проведения психологической работы с данным контингентом больных как в связи с наличием и спецификой онкологического заболевания, так и в рамках психологического сопровождения процедуры лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В СТАЦИОНАРЕ ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ЧАСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

**(НА ПРИМЕРЕ ГБУ РО ОДКБ И СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
МАОУ «ЛИЦЕЙ № 11» ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ)**

Создание учебных классов в стационарах лечебных учреждений, где дети проходят длительное лечение, за последние годы стало возможной реальностью благодаря развитию сетевого образовательного содружества УчимЗнаем и усилиям психолого-педагогической общественности в регионах¹. Несмотря на существующие сложности административного, финансового, организационного характера дети получили возможность не прерывать образование, а продолжать получать в максимально комфортных условиях даже в условиях лечебного учреждения.

В Ростовской области первое госпитальное подразделение школы было открыто 14 марта 2018 года на базе Областной детской клинической больницы. Был оборудован учебный класс, разработаны региональные нормативно-правовые акты для урегулирования процесса получения образования детьми и подростками в возрасте от 6 с половиной до 18 лет, укомплектован психолого-педагогический коллектив, работающий в онкогематологическом отделении

¹ Шариков С.В. Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений // РЖДГиО. 2015. №4. — с.65-73

и выстроена модель психолого-педагогического сопровождения. Для каждого обучающегося, зачисленного в структурное подразделение госпитальной школы, составляют индивидуальный учебный план, согласовывается с врачом максимально возможная учебная нагрузка. Учитывая текущее состояние здоровья, исходя из данных предварительной беседы с родителями, и результатов первичной психолого-педагогической диагностики ребенка, планируются особенности занятий, их длительность и характер.

Мы часто сталкиваемся с разного рода трудностями при организации учебного процесса, проанализировав причины и характер которых нам удалось их систематизировать в группы:

1. Сложности в обучении и взаимодействии, связанные со страхами перед учебной деятельностью, неуверенностью в собственных силах.
2. Низкий уровень мотивации, апатия.
3. Когнитивные потери.
4. Агрессия, эмоциональная лабильность.
5. Пропуск большого количества учебного материала.
6. Социально-бытовые проблемы, отсутствие помощи родителей, поддержки.

Понимая, какие вызовы стоят перед ребенком, его семьей и коллективом учителей госпитальной школы, мы стараемся совместно принимать решения и действовать максимально экологично.

В период нахождения обучающегося в стационаре учителя проводят уроки очно в палате или в специально оборудованной классной комнате. Когда ребенок возвращается домой, связь с ним поддерживается постоянно благодаря скайп-технологиям² и обучение происходит дистанционно³.

² *Дистанционное обучение: Учебное пособие* // Под. ред. Е.С. Полат. — М.: ВЛАДОС, 2008. — 45с.

³ *Асатурян МГ.:* Электронная рабочая тетрадь как дидактическое средство дистанционного обучения // Мирнова М.Н., Иванова Н.И., Асатурян М.Г. // Дистанционное и виртуальное обучение № 6 (108), 2016 г. — с. 26-35

Чтобы понимать психоэмоциональное состояние ученика в нашей школе, мы применяем разнообразные методы (рефлексию, смысловые техники, обращенные к субъективному опыту, цветовые проективные методики, смысловые техники самовыражения).

Большое внимание уделяется внедрению ресурсных техник в образовательный процесс. Педагоги активно стараются создавать ситуации успеха⁴ и формировать благоприятные организационно-педагогические условия не только для продуктивного усвоения материала, но и социализации⁵. Учителя используют смысловые техники поддержки, игровые техники, смысловые техники творчества⁶.

Другое важное направление – поддержка и развитие социализации и коммуникативных навыков, которые мы стараемся поддерживать и развивать в учениках. Дети участвуют в интерактивных конкурсах, олимпиадах, что позволяет сохранить включенность и заинтересованность в процессах, происходящих вне школьного пространства.

Востребованным направлением деятельности стала организация творческих занятий, мастер-классов. Учитывая арт-терапевтический потенциал изобразительной деятельности, тестопластики, лепки, декоративно-прикладного искусства, учителя-тьюторы проводят разнообразные тематические мероприятия, уроки. Для создания и поддержки позитивного психологического климата между детьми и родителями организуется их совместная деятельность, коллективные работы.

⁴ Белкин А.С.: Ситуация успеха. Как ее создать: Книга для учителя. М., 2006.

⁵ Варламова Е.Ю.: Организационно-педагогические условия обеспечения социальной успешности школьников: Дис. канд. пед. наук: 13.00.02: Кострома, 2004. 235 с.

⁶ Зорина Е.С., Зеленов А.А.: Психологические основы смысловых техник как современных образовательных методов // Российский психологический журнал. 2016. №1.

Таким образом, появление и существование полноценного образовательного пространства, делает возможным не только формирование информационного, обучающего контента для детей, проходящих длительное лечение, но и обеспечивает психолого-педагогическое сопровождение, позволяет совершенствовать когнитивные функции, восполняет нехватку социализации, создают условия максимально приближенные к обычной жизни.

ОБРАЗ БУДУЩЕГО ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ¹

Известие об онкологическом диагнозе это всегда информация о том, что человек смертен. При этом жизнь часто воспринимается как рутинная последовательность событий с неизвестным концом, значение которого прояснится с течением времени. Болезнь деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего», в связи с чем, онкологическое заболевание рассматривается как критический период жизни человека, характеризуемый глубокими соматическими и психологическими изменениями, способными оказывать влияние на восприятие и психологическую реализацию времени жизни. (К. Саймонтон, С. Саймонтон, М.Г. Ивашкина. Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко).

Особенный интерес представляет изучение психологического будущего женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. С 2002 по 2007 год заболеваемость женского населения онкологическими заболеваниями репродуктивной системы возросла в целом на 27% (Давыдов М.И., Аксель Е.И., 2009). Злокачественные новообразования молочных желез имеют наибольший удельный вес в структуре смертности от онкологической патологии — 16,5%, опухоли гинекологической системы (рак тела и шейки матки, опухоли яичников) превысила 17%.

Мы предположили, что онкологическое заболевание репродуктивной системы даже в ряду других онкологических заболеваний отличается большей психологической травматичностью. Это обусловлено не только страхом перед болезнью, возникновением уг-

¹ Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 17-36-00023
«Жизненные перспективы человека в изменяющемся мире».

розы жизни, крушением планов, но и необходимостью подвергнуться калечащей операции. Кроме того, в отношении данной группы заболеваний значимым становится, так называемый, «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов, ее символизирующих (Менделевич В.Д., 1998). В связи с этим нами было разработана программа полномасштабного эмпирического исследования психологического времени онкологических больных, но в данной статье будет рассмотрена образ будущего (по методикам «Циклический тест времени» Т. Коттла, цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда и «Временные перспективы» Ф. Зимбардо) женщин с онкологическими заболеваниями.

Эмпирическое исследование проводилось на базе онкологических диспансеров г. Барнаула.

В нашем исследовании мы провели сравнение показателей временной перспективы, с показателями 2013 г. [Зарубин П.В., Сырцова А., 2013 г.]

По результатам исследования, у женщин с онкологией очень низкий балл по шкале будущее, это определяется, прежде всего, стрессом и переживанием по поводу неизвестности, возможным страхом перед будущим. Для больных с оперативным лечением, исходя из результатов, характерно негативное состояние, стремление не думать о том, что ожидает впереди, и они не могут планировать свое будущее, потому что все слишком изменчиво. Таким образом нарушается целостность картины будущей жизни, обусловленной заболеванием.

Вследствие психоэмоционального напряжения и отсутствия полноценного сна, после оперативных вмешательств у больных начинает формироваться образ собственной немощности, обреченности, как следствие появляется раздражительность, агрессивность, вспышки гнева, с последующей апатией, отсутствием веры в себя и благоприятный исход болезни. Больные уходят в себя, могут перестать говорить, общаться.

Далее нами были выявлены особенности эмоционального отношения к психологическому будущему у женщин с онкологическими

ми заболеваниями, на основании обследования с использованием цветового теста отношений (ЦТО) А.М. Эткинда.

Психологическое будущее связано больше с негативной тенденцией — больные послеоперационного периода ассоциируют свое будущее с фиолетовым цветом (29%) — цветом тревоги и открытого беспокойства. Так же черным цветом (17%) — цветом враждебности и отвержения и коричневым цветом (21%), говорящим о потребности женщин во внимании к себе и своему здоровью. Такая окраска будущего определяется, прежде всего, стрессом и переживанием по поводу неизвестности. Для онкологических больных этой группы, исходя из результатов теста, характерно негативное состояние, стремление уйти от проблем, не думать о том, что ожидает впереди.

Для более детального анализа психологического будущего инструментом исследования стала методика «Шкалы переживания времени» Е.И. Головахи, А.А. Кроника.

На основании полученных данных, мы можем сделать следующие выводы: у онкологических больных психологическое будущее характеризуется такими показателями как, пустое ($3,5 \pm 1,26$), скачкообразное ($5,4 \pm 1,79$), неприятное ($5,5 \pm 1,76$), раздробленное ($5,00 \pm 1,7$), однообразное ($2,54 \pm 1,48$), неорганизованное ($4,7 \pm 1,7$), печальное, унылое будущее ($4,00 \pm 1,9$). Онкологические больные ощущают свое психологическое будущее достаточно напряженным. На фоне врачебных ограничений, боязни медицинских процедур, столь характерных для данной категории больных, отношение к психологическому будущему, как и к факту болезни, может быть не только не однозначным, но и пессимистичным.

Таким образом, женщины, страдающие онкологической патологией, имеют измененный временной компонент, что подтверждается нарушением временной протяженности и преемственности событий собственной жизни, деформацией жизненно-смысловой перспективы — сужается перспектива будущего.

Литература:

1. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. — Киев: Наукова думка, 1984.
2. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии / В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко // Практическая онкология. — 2009.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Современная онкопсихология имеет широкую доказательную базу результатов исследований клиничко-психологических особенностей онкобольных на разных этапах заболевания. Однако эти результаты не всегда согласуются между собой — этот факт, начиная с (Levin T., Kissane D.W., 2007) отмечается в любом обзоре. Это делает актуальной проблему методологии исследований в онкопсихологии. Их дизайн обычно основан на межгрупповом сравнении. Используются некоторые психодиагностические инструменты, с их помощью получают «сырые» эмпирические данные, которые затем проходят статистическую — первичную и вторичную — обработку, и результаты далее сопоставляются. Но, возможно, онкопсихологи недостаточно ограничиваться лишь этим и стоит использовать более сложные методы? Правомерность этого вопроса подтверждается приведенным ниже фрагментом проведенного нами эмпирического исследования клиничко-психологических особенностей женщин с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы. Были сформированы 2 экспериментальные группы по 36 испытуемых. В первую группу вошли онкобольные гинекологического отделения (средний возраст $49 \pm 10,8$), во вторую — маммологического отделения (средний возраст $47 \pm 12,6$). Все они были обследованы в предоперационный период пребывания в ГАУЗ РКОД МЗ РТ.

В качестве инструментов использовались личностный опросник ММРІ и опросник отношения к болезни ЛОБИ. После обработки данных оказалось, что по показателям средних балльных значений как ММРІ, так и ЛОБИ (т.е. как личностных особенностей, так и типов реагирования на болезнь) ни по одной из шкал нет зна-

чимых межгрупповых различий. Т.е. были получены обобщенные данные о клинико-психологических особенностях исследуемого контингента онкобольных с заболеваниями органов репродуктивной системы.

Их (усредненный по группам) профиль MMPI (код 69'874310-/52:71:49 по Hathaway) характеризуется сочетанием повышения по шкалам F, 6, 8, 9. Сочетание пиков на 6 и 9 шкалах говорит о склонности к аффективным реакциям, низкой конформности, недоверии и враждебности. Сочетание повышений по шкалам 7 и 8 говорит о стремлении к избеганию тяжелых ситуаций, к отрыву от реальности, наличии навязчивых мыслей (постоянное обдумывание негативных последствий заболевания).

В целом, по результатам MMPI для испытуемых обеих групп свойственно следующее: а) насыщенность негативных переживаний; б) высокий уровень тревожности (с проецированием её на ближайшее окружение на родственников, на медицинский персонал) с возникновением недоверия и – далее – ослабления социальных контактов; в) изменения Я-концепции (утрата привлекательности, женственности и способности к материнству).

Усредненные по группам данные, полученные с помощью ЛОБИ, отражают разницу между средними балльными значениями по каждому типу реагирования на болезнь и соответствующими минимальными диагностическими числами (МДЧ). Значимое отклонение от МДЧ из всех шкал получили только шкалы (С), (А), (И), (Я), (Т) — в порядке убывания разницы, т.е. в порядке убывания частоты встречаемости.

Это означает, что у испытуемых обеих групп чаще всего встречается сенситивный (С) тип реагирования – чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о факте онкозаболевания. Примерно так же часто встречается апатический (А) тип реагирования — полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Далее, с примерно одинаковой частотой встречаются три типа: ипохондрический (И) – сосредоточенность

на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; эгоцентрический (Я) — получение от болезни «вторичной выгоды», демонстрация своих страданий и переживаний; тревожный (Т) – некорректируемое беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного исхода болезни.

Итак, оказалось, что простым использованием психодиагностических инструментов не получилось обнаружить значимые межгрупповые различия. Поэтому был использован корреляционный анализ взаимосвязей между балльными значениями шкал ММРІ и ЛОБИ с вычислением значимых коэффициентов линейной корреляции Пирсона. Для каждой группы были составлены интеркорреляционные матрицы (и, соответственно, плеяды).

Так, во второй группе больных маммологического отделения ни у одной шкалы ММРІ нет связи с ведущим сенситивным (С) типом отношения к болезни, следовательно, на наличие такого типа реагирования на болезнь у больных данной группы оказывают влияние не их личностные особенности, а социальные и культуральные нормы, определяющие иррациональную озабоченность злокачественным характером заболевания (высокой вероятностью летального его исхода). В отличие от этого в 1-й группе выявлена связь шкалы (С) с 7-й шкалой ММРІ, т.е. выявлена значимая роль личностного фактора тревожности на сенситивный тип реагирования.

Также во 2-й группе существует связь между нулевой шкалой ММРІ и шкалами (Т) и (И) (ограничение социальных контактов и самоизоляция лишает пациентов возможности социальной поддержки и тем самым психокоррекции своих тревог и ипохондрических опасений). В отличие от этого в 1-й группе нулевая шкала ММРІ не связана ни с одной из шкал ЛОБИ, следовательно, у больных данной группы ни один из типов реагирования на болезнь не приводит к ограничению социальных контактов.

Данные, полученные с помощью ЛОБИ, интерпретируются на основании сравнения данных по каждому типу отношения к болезни с соответствующим минимальным диагностическим числом (МДЧ). Для обеих групп наибольшее превышение МДЧ наблюдается по шкале (С) сенситивного типа, для которого характерна чрезмерная озабоченность о неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни (опасения, что меня станут считать неполноценной). В предоперационный период эти переживания включают в себя опасения по поводу возможного неблагоприятного исхода операции, калечащими и инвалидирующими её последствиями.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ТЕЛЕФОННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ПРОБЛЕМАМ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Интенсивное развитие в России в последние годы системы паллиативной помощи привело к необходимости определения путей психологической поддержки паллиативных пациентов и их близких. Повышение качества жизни пациентов в последние месяцы и дни их жизни обеспечивается не только адекватным обезболиванием, качественным уходом, но и психологической помощью в разрешении проблем взаимоотношений в семье. Улучшение семейного климата способствует сплочению и взаимопомощи членов семьи перед лицом грядущей смерти близкого, создает условия для более спокойного ухода из жизни паллиативного пациента.

Создание фондом «Вера» при участии АНО «Проект СО-действие» горячей линии по оказанию паллиативной помощи активизировало поиск эффективных подходов в телефонном консультировании по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов. Одним из таких подходов стал системный, у истоков которого стоял Карл Людвиг фон Берталанфи (1901–1972). Этот подход активно используется в системной семейной психотерапии, однако формат краткосрочного телефонного консультирования не позволяет использовать весь диапазон методов и приемов данного направления психотерапии.

Целью исследования является определение путей и характера реализации системного подхода в телефонном консультировании по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов.

Методы исследования: беседы с абонентами на горячей линии паллиативной помощи, линии «Ясное Утро», анализ литературы по системной семейной психотерапии, телефонному консультированию, паллиативной помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Основными путями реализации системного подхода в телефонном консультировании по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов являются:

1. Понимание консультантом семьи паллиативного онкологического пациента как: открытой и живой системы; целого, где целое всегда больше суммы частей; системы, которая начинает действовать на людей; пространства, в котором действуют законы гомеостаза и развития.

Семьи паллиативного онкологического пациента рассматриваются как системы с большим риском истощения, снижения устойчивости, дезорганизации, стремления к закрытости.

2. Выявление актуальной цели семейной системы на данном этапе и работа над коррекцией цели при необходимости («Мы его вылечим» или: «Он умирает, надо создать комфортные условия для его ухода из жизни»). Д. Медоуз указывала: «Система — совокупность взаимосвязанных элементов, организованных определенным образом для достижения какой-либо цели»¹.

3. Определение деструктивного цикла в семейных взаимоотношениях, информирование о нем абонента («Чем больше вы..., тем больше он... Чем больше он..., тем больше вы...») и совместный поиск возможных способов выхода из него.

4. Изучение и изменение «проблемных» параметров² семейной системы. Системный подход основан на положении, что

¹ Медоуз Д.: Азбука системного мышления. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. – С.27.

² Варга А.Я., Дробицина Т.С.: Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. — 144 с.

при изменении параметров система меняется, оказывая влияние на людей (их поведение, мысли, чувства). Задача — «уберечь» систему от деградации посредством переустройства (оптимизации).

Параметры семейной системы — объекты изучения и мишени телефонного консультирования по проблемам семейных взаимоотношений в семье паллиативного пациента:

1. Стадия жизненного цикла семьи (монада; диада — роман; диада — супружество; триада — появление ребенка; рождение других детей; время открытия системы — детский сад, школа; время трех кризисов — подросткового, среднего возраста, пожилого возраста; диада — синдром опустевшего гнезда; монада — после смерти одного супруга).
2. Структурные параметры (границы, подсистемы, иерархия, коалиции, гибкость, сплоченность).
3. Динамические (коммуникации в семье, правила, семейные мифы, стабилизаторы).
4. Эмоциональные (чувства, эмоции, типы привязанности, ролевая позиция).

Работа на горячей линии показала, что чаще «проблемными» параметрами в семьях паллиативных пациентов являются: коммуникации в семье, чувства, эмоции, типы привязанности, правила, иерархия.

Характер реализации данных подходов — «снайперский». Эффективна работа и с единственным, но актуальным проблемным параметром системы / наибольшим риском / целью / циклом.

Критериями результативности телефонного консультирования по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов являются: 1) улучшение психологического состояния абонента — стало немного лучше здесь и сейчас; 2) повышение уровня информированности абонента о системных процессах в семье; 3) стремление абонента к поиску конструктивных способов решения проблем.

Реализация системного подхода способна существенно повысить эффективность телефонного консультирования по проблемам взаимоотношений в семье паллиативных онкологических пациентов.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ «ОДКБ» Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

В настоящее время все больше внимания уделяется качеству жизни детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями на всех этапах лечения, а также на этапе диспансерного наблюдения, и все больше становится очевидной необходимостью в поддерживающем, психологически ориентированном сопровождении онкологических заболеваний. Реакция ребенка и его семьи на диагноз и лечение зависит от многих факторов, связанных с окружением, индивидуальными особенностями пациента и самим онкологическим/гематологическим заболеванием. Именно поэтому основная идея организации психосоциальной помощи детям с онкологическими заболеваниями заключается в разработке комплексного подхода, который, поможет достичь согласования действий между различными специалистами и наряду с медицинской помощью детям даст возможность обратиться к их эмоциональному состоянию.

Психосоциальная служба детского онкогематологического центра ГБУ РО «Областной детской клинической больницы» г. Ростова-на-Дону была создана в 1997 г. В нее входят 2 медицинских психолога, воспитатели, педагог-организатор, специалист по социальной работе. Активную помощь оказывают руководители творческих кружков, а также волонтеры, общественные организации. Вся работа службы направлена на помощь в мобилизации эмоциональных ресурсов детей, на построение открытых доверительных отношений не только в семье, но и в теперь уже новом для него окружении. При построении таких отношений необходимо обращаться к «здоровой», понимающей части личности, в сохранении, по возможности, обычной жизни ребенка.

Психологическая работа ведется в форме индивидуальных и групповых консультаций по следующим направлениям: диагностика или оценка состояния ребенка для понимания проблемных зон; непосредственная психологическая работа с ребенком (развитие и коррекция эмоционально-личностной сферы, коммуникативных навыков, продуктивной деятельности); консультирование детей (определение характера реакции ребенка на факт болезни, госпитализацию; выявление эмоциональных проблем; профилактика и коррекция личностных реакций на пребывание в больнице, лечение); консультирование родителей, а также психологическое сопровождение родителей в период болезни ребенка, работа с горем и утратой. Важно помочь научиться ребенку и его семье принимать болезнь, жить с ней, выработать методы психологической защиты, которые будут продуктивными и оптимальными для борьбы с болезнью.

В зависимости от психологического состояния, ситуации ведущего психологического синдрома применяются различные виды психокоррекции: арт-терапия, сказкотерапия, музыкотерапия, игровая терапия, фототерапия. Творчество, игра — это то, что наиболее близко и понятно каждому ребенку. Во время лечения в больнице дети часто лишены самостоятельности и свободы выбора. При использовании любых форм арт-терапии дети сами выбирают ту форму участия, которая им больше подходит. Достоинствами арт-терапии являются то, что оно помогает разрядке напряжения за счет возможности выражения негативных чувств безопасным для себя способом, открывает возможности для проявления, обсуждения и проработки чувств, создает возможность для работы с мыслями и переживаниями. Главное в этих занятиях — проявление активности и творческой энергии.

Фотосъемка в отделении — фототерапия, дает возможность проработать такие трудные моменты для детей и подростков, связанные с действием лекарств и последствием болезни как: потеря волос, избыточный вес, проблемы социальной адаптации детей с ампутированными конечностями и т.д. Полученный опыт поле-

зен как самому ребенку, участвующему в «фотосессиях», но также и детям, которые впоследствии рассматривают фотографии в фотоальбомах. Помогает ребенку эмоционально отреагировать свои актуальные проблемы, это лишает ребенка иллюзии своего одиночества, ощущения себя как самого несчастного. Знакомство с фотографиями других детей, чужого опыта переживания трудных моментов приводит к возникновению новой иерархии ценностей. Кроме этого данный метод позволяет документировать и сохранять эмоционально окрашенные эпизоды из жизни отделения, которые могут использоваться в самых разных вариантах (для поддержки вновь поступивших пациентов, для обучения начинающих профессионалов: врачей, психологов, студентов-медиков).

Комплексный подход к реабилитации в отделении основан на главной идее: предоставление детям право выбора, поставить их перед вызовом, преодолеть трудности жизни и болезни, научить их радоваться каждому моменту жизни, научить их брать ответственность за свою жизнь. Очень важно, в процессе организации досуга для детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями помочь увидеть светлую сторону жизни, расширить взгляд на мир. Немаловажно и то, чтобы занятия несли образовательную, развивающую, информативную и смысловую нагрузку. Для этого в отделении организованы и работают творческие кружки. Работы каждого ребенка представлены на постоянно действующей и обновляющейся выставке отделения. Для детей регулярно устраиваются праздники, конкурсы, спектакли, которые проводятся как силами самих маленьких пациентов, так и с помощью волонтеров, благотворительных организаций, детских творческих коллективов. На протяжении нескольких лет работает воскресная школа. В нее входят волонтеры — представители нескольких религиозных конфессий. Они проводят с детьми беседы о религии, занимаются творчеством, организуют игры, готовят представления.

Еще одной формой реабилитации стало создание в 2007 г. на базе ГБУ РО «Областной детской клинической больницы» реабилитационного лагеря для детей, перенесших онкологические и гемато-

логические заболевания. Реабилитацию проходят дети в возрасте от 9 до 17 лет, закончивших лечение. Общее количество участников за 10 лет составило 180 человек. Все дети находились в ремиссии сроком от 1 года до 10 лет. Продолжительность лагерной смены 14 дней. Принцип отбора следующий: дети из неблагополучных и неполных семей, дети, потерявшие одного из родителей во время терапии, а также особо нуждающиеся в реабилитации — педагогически запущенные. Последние 3 года в эту группу включаются дети, страдающие гемофилией. В реабилитационную команду входят: медицинский психолог, воспитатель, специалист по социальной работе, онкопедагог, медицинская сестра (все сотрудники отделения), 2 вожатых, кроме того, состав команды может расширяться за счет волонтеров из числа бывших пациентов.

Основными целями программы являются восстановление и реабилитация, которые позволяют прошедшим данный комплекс мероприятий улучшить качество жизни и повысить самостоятельность, уменьшив или полностью устранив психологические последствия болезни. Психолого-социальная реабилитация основана на участии детей в сюжетно-ролевых играх, которые помогают повысить самооценку, стимулируют познавательную деятельность, развивают коммуникативные навыки, что в дальнейшем поможет успешной адаптации к условиям жизни в коллективе. Ежедневные мероприятия направлены на: сплочение и командообразование; развитие толерантности и лидерских качеств; умение свободно высказывать свое мнение, защищать его, и уважать мнение других; развивают навыки самопрезентации; развитие творческих способностей и самовыражение через творчество. Работа психолога включает проведение групповых и индивидуальных консультаций, тренингов на повышение самооценки, развитие коммуникативных навыков и стимулирование познавательной деятельности. Все это способствует личностному росту, повышению общеобразовательного уровня.

Разработанная и успешно внедренная в реабилитационном лагере комплексная программа, включающая психологическую и педагогическую деятельность, помогает детям после тяжелого лечения,

обусловленного онкологическими и гематологическими заболеваниями, вернуться в семью и школу с позитивными изменениями физического и психологического здоровья, осознать свои возможности и приобрести опыт общения со сверстниками. И как показывают результаты десятилетней работы, дети становятся максимально успешными и подчас лидерами в классе и среди сверстников.

Новой формой явилось создание клуба бывших пациентов «Радуга дружбы». В клуб приходят дети и их родители после окончания лечения. Задача клуба — помочь детям и их семьям справиться с проблемами, возникшими в результате длительной госпитализации. Для этих целей разрабатывается программа, которая предусматривает психологическую и педагогическую поддержку, психологическую коррекцию. Для детей клуба организируются праздники, экскурсии. Кроме того члены клуба приходят в отделение, общаются с детьми, которые проходят лечение, их родителями. Они рассказывают о себе, организуют концерты. Таким примером может послужить ежегодный концерт 1 июня. Родители видят наглядно, что их дети могут вылечиться, поступить в Высшие Учебные Заведения и успешно работать.

Таким образом, каждая форма психологической и социальной реабилитации, используемая в ДОГЦ ГУЗ ОДБ г.Ростова-на-Дону, является эффективной в достижении улучшения качества сохраненных лет жизни пациентов, создает условия для преодоления депривации, что позволяет решить важную медико-социальную задачу — комплексной реабилитация детей, перенесших онкогематологические заболевания, с целью повышения качества жизни и улучшения социальной адаптации. Созданная психосоциальная служба находится в постоянном развитии, что позволяет внедрять и создавать новые формы комплексной реабилитации на всех этапах лечебного процесса и для всех возрастных групп.

ИЗУЧЕНИЕ СТРАХОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМИ МАНИПУЛЯЦИЯМИ, У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

Введение. Ситуация онкологического заболевания являясь психотравмирующей, может влиять на нормальное развитие детей. В игре дети будут использовать материалы, причиняющие им болезненные ощущения и дискомфорт, а также вызывающие страхи. Дети обследованы методами включённого наблюдения и клинико-диагностического интервью.

Объект исследования. В исследование вошло 15 пациентов с гемобластомами и нейробластомами. Мамы этих детей дали письменное согласие на участие в данном исследовании. Среди пациентов, принявших участие в исследовании, было 6 мальчиков и 9 девочек в возрасте от 3 до 6 лет. Группой контроля стали дети, находящиеся в детских садах (2 группы детей по 9 человек в возрасте от 5 до 6 лет), в общей сложности 18 человек (10 мальчиков; 8 девочек).

Результаты наблюдения. Практически во всех играх детей-пациентов роль врача исполняли сами дети. Только 1 ребенок отказался исполнять и роль врача и роль пациента. На роль «пациента» дети выбирали игрушку, предложенную психологом, собственные игрушки, маму и/или медицинского психолога. Продолжительность игры 15–20 минут.

Пациенты в процессе игры предпочли настоящие медицинские инструменты (медицинский шприц, лейкопластырь, иглу-катетер «бабочка» и реже таблетки), нежели игрушечные. Чаще пациенты выбирали шприц и лейкопластырь. Из интервью с мамами стало известно, что для детей наиболее неприятными из медицинских процедур являются постановка инъекций и «переклейка катетера».

Все дети из детского сада для манипуляций чаще всего использовали настоящие медицинские инструменты. Группа детей №1 чаще использовала медицинский шприц, иглу-катетер «бабочка», медицинский лейкопластырь, салфетки марлевые и таблетки. Группа детей №2 выбирала – медицинский шприц и медицинский бинт. Из всех медицинских игрушек обе группы детей чаще всего выбирали фонендоскоп, градусник, жидкие лекарства.

Один пациент категорически отказался доставлять «игрушке-пациенту» болезненные ощущения. Остальные пациенты проявляли сочувствие к «игрушке-пациенту», поглаживали её, в том числе по тем местам, куда была сделана инъекция или наложен лейкопластырь, использовали ласковые слова («немного потерпите»; «все будет хорошо»), желали выздоровления, и обнимали своих «пациентов». Один ребенок злился на своего «пациента», говоря: «Пусть тебе тоже будет больно».

Дети из первой группы детского сада ругались на «игрушку-пациента» и говорили: «Сама виновата, что заболела». Дети из второй группы чаще всего проявляли сочувствие, подбадривали «игрушку-пациента», говорили, что «процедуры важны для выздоровления, и их нужно потерпеть».

Исходя из беседы с воспитателями: детям первой группы за неделю до игры делали прививки. У детей второй группы подобной медицинской процедуры не было. Дети второй группы демонстрировали более гуманное отношение к своим «пациентам», нежели дети первой группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА.

1. Отношение ребенка к другому пациенту находится в прямой зависимости от того, как мама ребенка относилась к нему в момент его болезни и лечения.
2. Представления мам об отношении их детей к медицинским манипуляциям в процессе лечения не совпадает с реальным отношением самих детей к выше означимым манипуляциям.

ВЫВОДЫ:

1. В игре дети чаще всего используют те медицинские инструменты, которые доставляют им наибольший дискомфорт и/или болевые ощущения.
2. С помощью манипулирования предметами в игре, дети показывают своё состояние во время и после прохождения медицинских процедур, которые им наиболее неприятны.
3. С помощью манипулирования медицинскими инструментами в игре, дети выражают отрицательные эмоции по отношению к медицинским манипуляциям, при этом отрицательные эмоциональные реакции по-разному могут подавляться родителями пациента и/или медицинским персоналом.
4. Травматичность опыта прохождения медицинских процедур детьми и отношение к детям окружающих их взрослых в период заболевания, влияет на отношение самих детей к другим заболевшим.
5. Желание мамы, чтобы ребенок терпеливо переносил все медицинские процедуры, не совпадает с реальными возможностями маленького ребенка.

СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ: ПСИХОЛОГИЯ КОНФЛИКТОВ В ОНКОЛОГИИ

Появление в системе ОМС страховых представителей 3 уровня (СП-3) актуализировало общественные организации пациентов искать пути взаимодействия с СМО по конфликтным проблемам: при отказе лечащего врача или врачебной комиссии (ВК) медицинской организации (МО) в назначении лекарственного средства; — при отказе органа исполнительной власти субъекта РФ в закупке лекарств; — при понуждении пациента к их приобретению.

СП-3 В КОНТЕКСТЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПАЦИЕНТОВ ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ.

1. При отказе от проведения или затягивании разумных сроков созыва ВК — применить к последнему приему лечащего врача в медорганизации, к которой прикреплен пациент, финансовую санкцию по коду дефекта оказания медицинской помощи — нарушение преемственности в лечении.
2. При отказе лечащего врача и/или ВК от схемы лечения, предложенной консультантами федерального медицинского центра, СП-3 фиксирует факт отказа, рассматривает показанность назначения рекомендованного препарата в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций или обычно предъявляемых требований.
3. Аналогично при отказе органа исполнительной власти субъекта РФ обеспечивать пациента лекарствами, назначенными лечащим врачом или ВК, СП-3 фиксирует факт показанности назначения лекарственного препарата в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандар-

тов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) или обычно предъявляемых требований. Акт экспертизы может быть основанием для обращения пациента в суд с иском о понуждении к осуществлению закупки, а также о компенсации морального и материального вреда, вызванного отказом от проведения или затягиванием разумных сроков проведения конкурсных процедур, и доказательством противоправности действий должностных лиц, ответственных за закупку лекарственных препаратов.

4. При понуждении застрахованного лица к приобретению показанных ему лекарственных средств за собственные денежные средства при наличии у него права на их бесплатное получение СП-3 в Акте экспертизы указывает на показанность лекарства, подтверждает факт его приобретения (кассовый и товарный чеки), предписывая МО вернуть затраченные пациентом денежные средства, и применяет в ее отношении санкцию с кодом дефекта — взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную программой ОМС.

Внедрение СП-3 — удар по огурцовщине в здравоохранении: профессионализм врача, знание медицинского права и медицинской психологии — необходимый базис для воздействия на чванство, барство, хамство и правовой нигилизм должностных лиц МО. СП-3 изучает конфликт между пациентом и МО, делает собственные экспертные выводы и предлагает администрации МО пути разрешения возникшего спора.

Страховой представитель 3 уровня — это, и переговорщик — медиатор в конфликте, и управляющий конфликтом, способствующий его конструктивизации — принятию обоснованных решений и развитию уважительных отношений на основе знания им прав и законных интересов сторон конфликта.

ЗАДАЧИ СП-3 В КОНСТРУКТИВИЗАЦИИ КОНФЛИКТА МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И МО:

- ▶ предложить возможные решения выхода из конфликта, которые приемлемы для всех сторон конфликта так, чтобы все стороны осознали свою причастность к выработке решения и его окончательному принятию;
- ▶ способствовать приобретению опыта МО самостоятельно разрешать спорные вопросы с пациентами в будущем;
- ▶ показать должностным лицам МО, что их рядовой сотрудник и пациент вправе открыто высказывать своё мнение, отличное от мнения врача или старших по должности;
- ▶ показать, что возникновение спорных вопросов — не всегда «зло», часто разрешение спора в пользу пациента помогает рядовому врачу получить доступ к необходимым ему ресурсам (консультанты, параклиника, лекарства), которые до этого были ему не доступны вследствие ранее сложившегося статуса кво;
- ▶ показать нелепость любой конкуренции между врачом и пациентом;
- ▶ указывать на необходимость постоянного обращения к Кодексу этики врача, т.е. априори стремиться к сотрудничеству с пациентом и добрым с ним отношениям;
- ▶ показывать положительные стороны результатов ранее разрешенных споров с пациентами;
- ▶ пресекать попытки сторон переходить на личности;
- ▶ позволить врачу и пациенту сохранить лицо и тем самым создать условия для дальнейшего их взаимодействия;
- ▶ убеждать что «победа» в конфликте не важнее, чем решение реальной проблемы;
- ▶ подчеркивать ценность врачебного качества — готовность признать свою ошибку.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Онкологическое заболевание в детском возрасте является сильнейшей психологической травмой для ребенка и его семьи, поэтому после окончания лечения в онкологической клинике на этапе диспансерного наблюдения необходима психологическая реабилитация, как самого ребенка, так и членов его семьи.

Цель: выявление психологических проблем детей с онкопатологией в период ремиссии.

Материал и методы: в исследование вошли 60 детей, находившихся под наблюдением в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «МНИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина».

Для психологической диагностики использовали клиническую беседу с детьми и родителями и международные опросники:

- 1) опросник детской депрессии (CDI) М. Ковача.
- 2) детский опросник стиля объяснения успехов и неудач (СТОУН) Т. Гордеевой, О. Сычева, Е. Осина.

Результаты: нами выявлены следующие психологические проблемы детей:

1. Высокий уровень тревоги, многочисленные страхи — до 90% в зависимости от возраста ребенка;
2. Депрессивное состояние встречается у каждого третьего ребенка подросткового возраста (29%);
3. Нарушение адаптации в социуме (дефицит общения со сверстниками, проблемы с учебой, проблемы профориентации) — у всех детей школьного возраста (100%);
4. Нарушение взаимоотношений в семье (напряженные отношения между сиблингами, гиперопекающий стиль воспитания в семье) — до 90% независимо от возраста детей.

Исходя из вышесказанного, на этапе ремиссии основными направлениями психологической реабилитации являются:

- ▶ устранение последствий психологической травмы, полученной ребенком (коррекция высокого уровня тревоги и депрессии);
- ▶ адаптация ребенка в социуме;
- ▶ поиск ресурсов внутри семьи для повышения ее функциональности и социальная адаптация семьи в целом.

РАБОТА ПСИХОЛОГА НА ЭТАПЕ РЕМИССИИ.

1. На этапе выписки из стационара проводятся психологические консультации, задача которых нормализовать тревожное состояние детей и родителей, информировать их об особенностях и закономерностях постлечебного периода и трудностях адаптации в «новой старой» жизни.
2. На протяжении всего диспансерного наблюдения проводятся психологические консультации в формате индивидуальных, семейных, групповых (родительских и подростковых) встреч, которые позволяют проработать внутренние и межличностные проблемы, снизить эмоциональное напряжение, способствуют уменьшению фобических и агрессивных реакций у детей, помогают выработать стратегии адаптивного поведения.

Консультации проводятся во время приезда ребенка на контрольное обследование или при обращении в любой день. Они проходят по запросу родителей, самих детей или врачей.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

1. Психологические консультации в поликлинике в течение всего периода диспансерного наблюдения.
2. Консультации по телефону.
3. Консультации по интернету — в скайпе, по почте, в соцсетях.

Выводы: Выход в ремиссию — критический этап в жизни ребенка и семьи в целом. Основными психологическими проблемами детей на этапе ремиссии являются высокий уровень тревоги, многочисленные страхи, депрессивные состояния, нарушение адаптации в социуме, нарушение взаимоотношений в семье. Для решения этих проблем необходима психологическая реабилитация, которая способствует адаптации детей и их семьи в обществе после завершения лечения.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СТУДЕНТА-ВОЛОНТЕРА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

В последнее время приобретает актуальность волонтерство, как особое направление общественной деятельности. Любому специалисту необходимы теоретическая база и практические навыки. Получать профессиональный опыт следует начинать на младших курсах обучения в ВУЗе. Это позволит при завершении образования и получении диплома иметь «базис» знаний, умений и навыков выполнения профессиональной деятельности. Кроме того, это обеспечит более детальное знакомство с профессией и плавное вхождение в нее, понимание своего места в ней, а также поможет адаптироваться уже готовому специалисту к эффективному исполнению своих профессиональных обязанностей. Именно поэтому волонтерство принято считать одним из способов знакомства с практической стороной профессии.

Мы провели исследование с целью выявления особенностей волонтерской деятельности студентов Психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова в отделении детской онкологии и иммунологии, как способа получения практического опыта работы клинического психолога.

В качестве объекта исследования мы рассматривали волонтерскую деятельность студентов Психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Предметом исследования выступила волонтерская деятельность студентов Психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова в отделении детской онкологии и иммунологии, как способ получения опыта профессиональной деятельности клинического психолога.

Основными методами исследования стали: наблюдение, клиническая беседа.

Характеристика выборки: исследование проводилось в период с сентября по декабрь 2017 года. В нем приняли участие 11 студентов 2 (6 человек) и 3 курса (5 человек) Психолого-социального факультета РНИМУ им Н.И. Пирогова, обучающиеся по специальности «Клиническая психология» в возрасте от 18 до 20 лет, являющиеся действующими волонтерами в отделениях детской онкологии («НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России, «РДКБ Москвы»), в отделении реанимации и интенсивной терапии (Морозовская ДГКБ). Все респонденты женского пола.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Перед началом работы волонтеры проходили специальное обучение, в ходе которого получали основные сведения о диагнозах, с которыми могут встретиться в волонтерской практике; о специфике работы и особенностях взаимодействия с пациентами и персоналом. В рамках своей работы волонтер не проводит диагностику и профилактику, он лишь сопровождает ребенка в течение его нахождения в стационаре: посещает вместе с пациентами процедурные кабинеты, присутствует при проведении с ними лечебных мероприятий, а, при разрешении врача, сопровождает пациентов на прогулку и присутствует на различных праздничных мероприятиях. Такое тесное взаимодействие с пациентами, их родственниками позволяет волонтерам лучше понять пациентов (их родственников), их потребности, психические состояния и отследить процесс отношения и адаптации ребенка к заболеванию, нахождению в лечебном заведении, а также создать комфортные условия, способствующие установлению контакта между пациентами, его ближайшими родственниками и врачами для эффективного лечения.

Следует отметить, что в ходе обучения и работы в отделениях у волонтеров формируются профессионально-важные качества: дисциплинированность, ответственность, внимательность, самокритичность и энтузиазм, а также умение общаться с людьми разных возрастных категорий (дети, их родители), находить индивидуальный подход к каждому пациенту, принимать его уникальность.

Ситуация госпитализации (лечение, жизнь в больнице) меняют характер ребенка. Общение становится важной частью жизни пациентов, их родственников и главным инструментом в борьбе с болезнью, дальнейшем развитии личности и адаптации к жизни в обществе. Именно поэтому очень важно изучить особенности общения детей, имеющих онкологическое заболевание, в период госпитализации с родителями, медперсоналом, другими детьми, в том числе и волонтерами.

Нами было проведено дополнительное исследование, объектом которого стало общение детей, имеющих онкологическое заболевание. Мы использовали такие методы исследования как наблюдение и экспертная оценка. Респондентам предлагалось заполнить авторский опросник о взаимодействии детей в период госпитализации с разными людьми. Эксперты описывали поведение детей младшего школьного (6-11 лет) и подросткового возраста (11-15 лет).

В ходе исследования нами были получены следующие результаты.

Поведение детей зависит от различных факторов: от возраста, общего состояния, медицинских процедур, отношения к заболеванию.

Дети младшего школьного возраста при встрече с врачом не меняют своего поведения, мало улыбаются, послушно выполняют требования, в будущем мечтают стать врачом-онкологом или хирургом. Стремятся к взаимодействию с медперсоналом в свободной, комфортной форме, послушно выполняют требования.

Большая часть младших школьников (87%) охотно общается с другими пациентами на разные темы: о доме, семье, животных; играют и делятся игрушками друг с другом. Некоторые дети (10,3%) практически не общаются с другими, наблюдают издалека, а иногда (2,7%) отнимают игрушки друг у друга. 72 % детей радуются приходу волонтеров, встречают их, охотно общаются, зовут играть и активно принимают участие в разных играх. 28% детей не идут на контакт, не выходят из палаты, наблюдают за всеми издалека.

Следует отметить, что студенты-практиканты, работавшие в реанимации, отмечали иное поведение у детей 6-11 лет. В боль-

шинстве случаев пациенты боялись врачей, неохотно выполняли требования медперсонала, плакали и постоянно звали маму. Они слушались родителей, выполняли их требования, но чаще всего — неохотно. Общения и игр с другими детьми и волонтерами не наблюдалось. Дети в реанимации очень ждут возвращения домой здоровыми, часто говорят о доме, показывают швы, катетеры, иногда молчат.

Для подростков с онкологическими заболеваниями характерно следующее поведение: стесняются, радостно встречают врача, послушно выполняют требования, редко отказываются. Подростки сами обращаются за помощью, практически всегда слушаются родителей, без напоминания выполняют все, что необходимо. Но бывают случаи, когда без напоминания не обойтись. Подростки радостно встречают волонтеров, охотно общаются и играют. Большинство ребят знают о своем заболевании, поэтому показывают швы и катетеры, ожидают выздоровления, возвращения домой, редко говорят о своей болезни или молчат.

Для многих пациентов волонтеры-студенты выступали как своего рода старшие братья/ сестры, с которыми дети охотнее шли на контакт. У родственников была возможность «передохнуть», когда волонтеры сопровождали пациентов на процедуры, праздники и заботились об их детях. У врачей были дополнительные «руки», которые помогали выполнить процедуры и обеспечить внимание, поддержать «особую» атмосферу так необходимую в отделениях детской клиники.

Учитывая вышеизложенное, мы можем сделать выводы, что волонтерская деятельность — один из этапов профессионального становления личности, а волонтерство в клинике — хорошая практика для студентов специальности «Клиническая психология». В процессе работы в лечебном заведении у них формируются и совершенствуются навыки эффективного взаимодействия с различными категориями людей, организации трудовой и творческой деятельности, а также развиваются профессионально-важные качества специалиста, работающего с людьми, помогающего им.

КОРРЕКЦИЯ СТРЕССА С ПОМОЩЬЮ ТЕХНИК МАЙНДФУЛНЕСС В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Поиск новых методов и техник для облегчения психологического состояния онкологических пациентов не перестает быть актуальным, несмотря на достижения современной психологии. Чувства тревоги, страха, паники и утраты контроля, как правило, сопровождают каждого человека, столкнувшегося с диагнозом рак. Интенсивность эмоций может ослабевать или нарастать, сами эмоции могут чередоваться, неизменным остается лишь факт их присутствия в жизни пациента, часто даже при полном физическом выздоровлении. Желание вернуть себе спокойствие и контроль над ситуацией, один из наиболее частых запросов в психологической работе с онкологическими больными. Как одна из стратегий работы с подобными запросами, все более широкое применение получает направление майндфулнесс.

Основой данного направления стали техники, практикуемые монахами Тибетского Буддизма, так называемые, практики осознанности. Официальным началом данного направления в науке принято считать 1979 год, когда Джон Кабат Зинн, доктор медицины, специалист по молекулярной биологии, практикующий буддийскую медитацию, открыл при медицинской школе Массачусетского университета Клинику по снижению стресса. Это был эксперимент, в рамках которого пациенты проходили восьминедельный курс медитации. Данный курс содержал только техники, и был полностью очищен от религиозной философии. Основываясь на результатах пациентов, Кабат Зинн обосновал научную эффективность данного метода.

На сегодняшний день на родине данного метода — США, и в ряде западных стран техники майндфулнесс уже применяются

во множестве государственных учреждений, в том числе кабинетах психологов и хосписах, в лечении онкологических пациентов.

Майндфулнесс — это управление своим вниманием, навык возвращать его к настоящему моменту, наблюдение за происходящим внутри тела, в мыслях, пространстве. Практикой в данном случае может стать концентрация на любом объекте, таком как дыхание, звук, визуальный образ, собственные мысли. Упражнение заключается в том, чтобы, фокусируясь на выбранном объекте, замечать, когда ум отвлекается и возвращать его к наблюдению.

Классический курс для онкологических пациентов обязательно включает в себя разбор когнитивной модели, свойственной большинству пациентов, так называемого, порочного круга. Сам порочный круг начинается с некоторого общего беспокойства, которое часто присутствует в фоновом опыте людей больных раком. Это неизбежно вызывает напряжение в теле, которое ощущается как дискомфорт или боль. Внимание привлекается к этим ощущениям, а поскольку они неприятны и нежеланны, начинают формироваться негативные интерпретации. Пациент может думать об ухудшении своего состояния или о рецидиве. Эти мысли добавляются к фоновому переживанию тревоги, тем самым подпитывая напряжение и физическую боль, усиливая их. Практики осознанности направлены на обучение пациентов замечать и прерывать данный тревожный цикл. При этом мысли могут продолжать возникать, тревога может все еще ощущаться, распознавание их как результатов собственной когнитивной модели помогает не относиться к подобным проявлениям, как к объективной реальности. Наблюдение внутренних процессов, без отождествления себя с ними, осознание того, что сама мысль не является реальностью, главные инструменты для преодоления стресса в техниках майндфулнесс. Практика дает возможность человеку сознательно пережить негативные мысли и чувства, вместо привычной модели избегания и подавления.

Исследования показывают, что применение майндфулнесс снижает болевые ощущения, тревогу и страх. А это именно те со-

стояния, которые чаще всего являются актуальными для онкологических пациентов. Возможность научиться управлять своим вниманием, вместо привычного реактивного поведения, является ресурсным методом. Это ключ к заложенному в человеке потенциалу, актуальному и во время психологического кризиса, когда физические опоры могут быть утрачены временно или безвозвратно. Ощущение своего присутствия, настоящего момента, приносит успокоение находящемуся даже в состоянии шока или паники человеку. В телефонном консультировании техники майндфулнесс являются очень актуальными для психологической работы с острыми состояниями. Пациенты, которые только что узнали о своем диагнозе или диагнозе близкого человека, подозревают рецидив, или находятся в ожидании результатов исследований, позвонив на линию, в первую очередь нуждаются именно в заземлении, возвращению к происходящему вокруг, это первый шаг для начала работы.

Майндфулнесс терапия позволяет существенно повысить как качество психологической помощи (в том числе в рамках телефонного консультирования), так и качество жизни пациентов в целом.

Использованная литература.

1. Bartley, T., *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Cancer: Gently Turning Towards*. Oxford:Wiley-Blackwell, 2012
2. Carlson Linda, Speca Michael, *Mindfulness-Based Cancer Recovery: A Step-by-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment and Reclaim Your Life*. New Harbinger Publications, 2011
3. Кабат Зинн Джон Самоучитель по исцелению . — М. 2002
4. Кабат Зинн Джон Практика Медитации: или искусство настоящего момента — Эксмо, 2013

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОГРАММА РАБОТЫ С ГРУППОЙ ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЫХ ОНКОБОЛЬНЫХ НА ОПЫТЕ ЦЕНТРА ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. ЮРИЯ ШТЕРНА

1. Необходимость особого подхода в поддержке молодых (18–40 лет) онкобольных.

За последние годы значительно изменился возрастной состав онкологических больных. Если раньше раковая болезнь считалась болезнью старшего поколения, то ныне, количество молодых пациентов возрастает постоянно. Рак в различных его проявлениях поражает все более молодые слои населения (мужчин и женщин). Эти люди только начинают строить свою жизнь, карьеру и семью, находятся на взлёте профессиональной деятельности, полны творческих планов. Диагностированный рак прерывает все установленное течение жизни у любого человека. Но зачастую первичный шок и травма от получения известия об онкологическом заболевании у молодых людей гораздо сильнее, чем у пожилых людей.

Однако у молодых людей запас физических, эмоциональных, духовных сил гораздо больше, нежели у других групп онкобольных, и это позволяет, как мы полагаем, выработать направленные именно на эту группу специфические подходы к поддержке таких больных.

2. Что помогает молодым онкобольным принять решение об участии в особой группе поддержки и одновременно становится залогом успеха в работе такой группы?

Существует много специфических факторов, влияющих на решение молодого онкобольного. Это — энергетический потенциал, открытость, отсутствие предвзятости, поиск разных способов

коммуникации и неформального общения, большая способность к выражению своих чувств и желаний, нежели у пожилых людей, вера в свои силы, оптимизм, желание выразить себя, осуществить свои планы, наконец, желание вырастить и воспитать своих детей.

3. Необходимость в организации групп молодых пациентов и отличие таких групп от иных групп поддержки.

Молодые пациенты в создаваемой группе, как правило, достаточно гомогенны по многим характеристикам: это и общность языка, и сходные подходы к жизни, это широкое использование современных коммуникативных сетей, общность проблем — воспитание детей, отношения с партнером, работа и т.д. Все это позволяет выработать отличающуюся от применяющихся в других группах поддержки методику и программу работы. Цель — подтолкнуть участников к осозанным активным изменениям в организации жизни, осмыслению возникших в связи с болезнью проблем и пр.

4. Программа работы группы поддержки молодых онкобольных.

Эта программа основана, прежде всего, на создании атмосферы доверия, общности интересов и просто дружеских, открытых отношений, на необходимости взаимопомощи, возможности открыто и откровенно обсуждать свои проблемы, возникающие в связи с болезнью, не опасаясь стандартных, принятых в обществе реакций, зачастую излишне трагических или наоборот — чрезвычайно оптимистических.

5. Главная задача группы.

Исходя из нашего опыта работы в Центре Юрия Штерна с группой молодых онкобольных по программе «Выбираем жизнь», я считаю, сто главная задача таких групп — это создание дружеских и человеческих связей людей, столкнувшихся с одной и той же проблемой. Эти связи помогают найти решения многих возникающих затруднений самостоятельно, не прибегая к постоянной

помощи ведущего и вне зависимости от того, продолжает ли существовать та или иная группа поддержки.

В группе не занимаются обсуждением подробностей болезни, а сосредотачиваются на жизни человека и ее проявлениях во всех аспектах, на выяснении потенциала, основанного на предыдущем жизненном опыте каждого участника, для преодоления кризисов и травм.

6. Особенности программы группы поддержки и развития молодых онкобольных.

Как выяснилось из нашего практического опыта, помимо проблем, связанных с нынешним состоянием здоровья, общими для всех участников являются проблемы воспитания и образования детей, правильной, более точной, коммуникации с детьми и собственными родителями, создание атмосферы поддержки в семье, а также проблемы в сексуальной жизни, возникающие вследствие операций, принятие нового физического облика без опасения и критики.

7. Опыт и некоторые итоги работы группы молодых онкобольных «Выбираем жизнь» в израильском Центре им. Юрия Штерна.

Группа молодых онкобольных в Центра им. Ю.Штерна работала с лета 2017 до весны 2018 года.

Практические принципы организации группы: оптимальный размер группы, состав, предварительные интервью с участниками, разработка программы 15 встреч, включение в программу работы встреч со специалистами в области воспитания детей, семейной жизни, сексуальных проблем, а также арт-терапевта.

Техники и методики для развития возможности самовыражения и создания необходимой атмосферы доверия и поддержки: использование музыки, отрывков из кинофильмов, медитации, голосовой терапии и движения специально созданных «терапевтических карт».

ВЫВОДЫ

Главная цель — создание группы друзей, поддерживающих и по сей день друг друга в самых различных ситуациях практической жизни — достигнута в полной мере. Члены группы стали друзьями, полностью понимающими проблемы друг друга. Они встречаются и по сей день раз в неделю самостоятельно, переписываются постоянно в сети и помогают в самых различных медицинских и жизненных ситуациях. Когда состояние одного из участников группы ухудшилось, остальные постоянно были с ним и с членами семьи в контакте, навещали в больнице, поддерживали и помогали. К огромному сожалению, Ш. ушел от нас 4 месяца тому назад, несколько участников помогли в организации вечера памяти, подготовке выпуска книги, написанной Ш. Вечер был проведен в нашем Центре. Я, как ведущая группы, организовала и провела незапланированную встречу, посвященную расставанию с Ш. Эта встреча помогла участникам группы хотя бы в некоторой степени осмыслить собственные чувства и переживания.

ПОЛЕЗНЫЕ КООРДИНАТЫ

- ▶ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ «ЖИВИ»
- ▶ АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ
- ▶ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОДДЕРЖКИ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ «ЖИВИ»
- ▶ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, «ШЕРЕДАРЬ»
- ▶ СЛУЖБА ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ИХ БЛИЗКИМ «ЯСНОЕ УТРО»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ «ЖИВИ»

Благотворительный фонд «ЖИВИ» оказывает целевую помощь детям с онкологическими заболеваниями, которые нуждаются в высокотехнологичных и дорогостоящих лечении и реабилитации. Одними из главных задач фонда являются распространение информации о первых признаках лейкоза для ранней диагностики заболевания, а также поддержка онкогематологических клиник в разных регионах страны с целью создания условий для более эффективного лечения детей. Мы объединяем всех неравнодушных людей для оказания реальной помощи тем, кто нуждается в ней больше всего — тяжелобольным детям.

Мы помогаем детям и молодым людям до 21 года с онкогематологическими заболеваниями — закупаем жизненно необходимые лекарственные препараты, оплачиваем поиск неродственного донора в Международном регистре им. С. Морша.



www.fond-zhivi.ru
8 (804) 333-34-40
fond@fond-zhivi.ru

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи — некоммерческая организация, объединяющая юридические (медицинские, благотворительные и пациентские организации) и физические лица (специалистов, пациентов и их родственников) для достижения общественно полезных целей в области организации оказания паллиативной медицинской помощи населению. Миссия Ассоциации — развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации во всех ее аспектах.



info@pro-hospice.ru
тел.: +7 (495) 545-58-95

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОДДЕРЖКИ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ «ЖИВИ»

Благотворительный фонд помощи детям с тяжелыми заболеваниями и поддержки одаренных детей «ЖИВИ» оказывает целевую помощь детям из Новосибирска и Новосибирской области с онкогематологическими заболеваниями, которые нуждаются в высокотехнологичных и дорогостоящих лечении и реабилитации.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ФОНДА:

- системная работа по оказанию помощи тяжелобольным детям;
- активное продвижение идей благотворительности в обществе.



8 (383) 363-29-93
8 (913) 781-46-43
Novosib@fond-zhivi.ru

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

Уже пять лет благотворительный фонд помогает детям и подросткам, которым пришлось несколько лет своей жизни потратить на борьбу с онкологическим заболеванием, снова довериться миру и ощутить радость жизни. В одноименном центре во Владимирской области фонд проводит программы психосоциальной реабилитации для детей и подростков со всей России. С 2012 года фонд помог почти 1000 ребят вернуться к полноценной жизни. В 2017 году «Шередарь» запусти специальную программу психосоциальной поддержки для детей, которые еще продолжают бороться с заболеваниями, а также для их родителей. Также фонд проводит реабилитационные программы для братьев и сестер ребят, перенесших рак, и программы профилактики психологического выгорания для врачей, работающих с детскими жизнеугрожающими заболеваниями.

«Шередарь» комплексно развивает детскую реабилитацию в России: кроме самих программ фонд распространяет знания и реабилитации через волонтерские тренинги и научно-практические конференции по реабилитации. За пять лет работы фонд накопил знания и обширный опыт в сфере реабилитации. «Шередарь» активно сотрудничает не только с российскими психологами и врачами, но и с коллегами из европейских реабилитационных лагерей (Bator Tabor, Венгрия; Barretstown, Ирландия). Специалисты фонда ориентируются на многолетнюю практику зарубежных коллег, в том числе используют методику терапевтической рекреации (Therapeutic Recreation), доказавшую свою эффективность в реабилитации по всему миру.



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 8-800-100-0191 — 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



ясноеутро.пф
8-800-100-0191
contact@yasnoeutro.ru

ДЛЯ ЗАМЕТОК
