

616.006
С 44

АССОЦИАЦИЯ ОНКОПСИХОЛОГОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА

СТАНОВЛЕНИЕ ОНКОПСИХОЛОГИИ

в Ленинграде – Санкт-Петербурге
от 70-х годов прошлого века до наших дней

Санкт-Петербург | 2024

Ассоциация Онкопсихологов Северо-Западного региона выражает глубокую благодарность руководству ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н.П. Напалкова» за поддержку в издании нашего сборника.

Уважаемые читатели!

Представленный Вашему вниманию труд в библиографической ссылке скромно обозначен как сборник, но по полноте представленного материала его вполне можно назвать энциклопедией онкопсихологии на Северо-Западе России, а по глубине анализа проблем онкопсихологии – научной монографией. Уникальность этой работы состоит в том, что она написана клиническими психологами, посвятившими свою профессиональную деятельность благородному делу психологической помощи онкологическим больным. Стоявшие у истоков создания организационных форм такой помощи образовали научную школу онкопсихологии, знания и дух которой впитали несколько поколений молодых психологов.

Специалистам, работающим с онкологическими больными, невозможно без душевного трепета читать историческую часть книги, посвященную плеяде психологов, которые первыми осознали острую потребность таких пациентов не только в медико-биологической, но и в квалифицированной психологической помощи. Среди них была и Валентина Алексеевна Чулкова, сыгравшая большую роль в становлении петербургской школы онкопсихологии.

В первых же трудах по психологии онкологических больных, о которых рассказывается на страницах книги, было показано, что жизнеопасное заболевание, требующее тяжелого длительного лечения, резко меняет психологическое состояние пациента, его поведение, межличностные отношения, отношение к жизни, к временной перспективе, то есть сопровождается экзистенциальным кризисом, выходом из которого могут быть не только нарушения и потери, но и личностный рост.

Поэтому вся деятельность первого и последующих поколений онкопсихологов, воспитанных в Ленинградской–Санкт-Петербургской школе онкопсихологии, нацелена на помощь пациенту в совладании со стрессом болезни и преодолении кризисной психологической ситуации, во «встраивании» болезни в жизнь. Такой подход резко отличается от многочисленных современных работ, направленных исключительно на выявление того урона, который болезнь наносит психике пациента, на сравнительный анализ этого урона при отдельных формах рака и на другие важные для науки вопросы, не имеющие к проблемам и переживаниям больных никакого отношения.

Книга показывает, что гуманистическая идея профессиональной психологической помощи больным онкологическими заболеваниями не просто провозглашается, а активно реализуется авторами в течение многих лет в разных профессиональных и волонтерских организациях, а именно:

Инициатива «Библиотека
ФБУЗ «Центр специализированных видов
медицинской помощи им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России



ских учреждениях, на кафедрах вузов, в Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона. Активный деятельный подход авторов к внедрению идей психологической помощи онкологическим больным отражен в проведенных ими образовательных программах, курсах, семинарах, встречах с психологами, врачами, волонтерами, о которых рассказывается в книге. Удивляет также количество и разнообразие методических изданий авторов по этой теме – от фундаментального руководства по онкопсихологии до методических разработок по частным, но чрезвычайно важным ее аспектам, как например, пособие «Информирование онкологического больного». Собрание этих важных для каждого клинического психолога пособий на страницах одной книги как раз и определяет ее энциклопедический, хрестоматийный характер.

Важно отметить, что в книге представлен не только материал, касающийся развития онкопсихологии, но отражены направления ее современных и перспективных исследований, среди которых необходимо выделить те, которые связаны с технологией психотерапии и психологической реабилитации онкологических больных, базирующейся на разных теоретических основах (когнитивный подход в психотерапии, логотерапия, биопсихосоциальная парадигма), что показывает вовлеченность в психологическую работу с онкологическими больными специалистов из разных психологических школ и поколений.

Особое уважение вызывает работа авторов статей, посвященных психологической помощи больным детям и их родителям, а также паллиативной помощи. Эти разделы, как и другие разделы книги, отражают собственный опыт психологов, не «выгоревших», а напротив, получивших личностное и профессиональное развитие, работая в столь тяжелых эмоциональных условиях.

Несмотря на тяжесть объекта приложения профессиональных знаний авторов, книга читается легко и с большим интересом, так как написана ясным научным языком, снабжена уникальными фотографиями, пронизана гуманистическими идеями, в которых нуждается научное сообщество.

Доктор психологических наук, профессор,
заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета

Ольга Юрьевна Щелкова

Мотивацией для написания отзыва на сборник «СТАНОВЛЕНИЕ ОНКОПСИХОЛОГИИ в Ленинграде – Санкт-Петербурге: от 70-х годов прошлого века до наших дней» послужили несколько обстоятельств. Прежде всего то, что мне посчастливилось проходить обучение в клинической ординатуре, работать врачом-онкологом и, позднее, преподавать на кафедре онкологии с курсом клинической радиологии в Научно-исследовательском институте онкологии имени Н. Н. Петрова и быть свидетелем и отчасти участником событий, описанных в книге.

Полагаю, что с самого начала профессиональной деятельности все, без исключения, врачи сталкиваются с необходимостью построения взаимоотношений с пациентом и его близкими, ответов на «неудобные» вопросы, обсуждения диагноза и прогноза заболевания, да и целого ряда других проблем пациентов не только психологического характера. Постепенно приходит понимание и необходимость предупреждения «синдрома выгорания» у врачей. Как следствие, врач-онколог и врач, оказывающий паллиативную медицинскую помощь, начинает осознавать необходимость приобретения новых знаний в области онкопсихологии, нуждается в поддержке, консультации коллег онкопсихологов, обладающих необходимыми знаниями и умениями.

Не секрет, что до становления онкопсихологии врач-онколог преимущественно уделял внимание процессу планирования, проведения, оценки эффективности и токсичности лечения, в общении с больными придерживаясь принципов медицинской деонтологии, которые не всегда предусматривали открытое обсуждение с пациентом его насущных вопросов и проблем психологического характера. Надо признать, что ранее отсутствовали и программы обучения принципам онкопсихологии врачей-онкологов, что отражалось на взаимоотношениях врача и пациента. Такие образовательные программы впервые стали реализовываться на кафедре онкологии МАПО (сейчас – СЗГМУ им. И. И. Мечникова). Цикл лекций и практических занятий, посвященных психологическим проблемам онкологии, особенно взаимоотношениям пациент-врач, всегда вызывал и вызывает большой интерес у слушателей. Отрадно, что и онкопсихологи, работая с онкологическими пациентами, врачами-онкологами также стремились к расширению своих знаний, приглашая сотрудников института для выступления и совместного обсуждения на семинары в Университет.

История становления онкопсихологии, отраженная в сборнике «СТАНОВЛЕНИЕ ОНКОПСИХОЛОГИИ в Ленинграде – Санкт-Петербурге: от 70-х годов прошлого века до наших дней» написана живым языком, от-

лично иллюстрирована и во многом поучительна. Это пример преданности наших коллег онкопсихологов своей профессии, умению построить сотрудничество с врачами-онкологами, пациентами; привлечь, провести и представить результаты совместных научных исследований в совершенно новых областях науки и клинической практики. Пример осознания необходимости и стремления к взаимному обучению и обогащению необходимым для саморазвития знаниям и умениям. Прodelать столь блестящий путь, достичь поставленных в начале пути результатов и признания коллегами могут только талантливые люди. Нет смысла описывать еще отраженное в книге – ее надо читать, что я и рекомендую всем врачам и заинтересованным лицам. Ведь без прошлого нет будущего.

*Доктор медицинских наук, профессор, член правления Российского общества онкомаммологов (РООМ);
ранее – врач-онколог НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России, профессор кафедры онкологии с курсом клинической радиологии МАП, зам. директора, главный врач «Института хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России*

Мария Михайловна Константинова

Онкопсихология – психологическая дисциплина, изучающая психологические последствия рака, возникла на рубеже XX–XXI веков. Это молодой возраст как в жизни отдельного человека, а тем более для жизни научной дисциплины.

Предтечей онкопсихологии явилась психоонкология, официальное признание которой в мире началось в 1975 году, когда барьер, связанный с сокрытием диагноза от пациента, обрушился, когда медицинская общность разных стран почувствовала уверенность в возможности излечения рака. В те годы мало кто знал о медицинских психологах, работающих в онкологических учреждениях, но, вместе с тем, онкологи уже обращали внимание на важность качества жизни онкологического пациента, независимо от локализации и распространенности злокачественного процесса.

Время шло, развивались медицинские технологии диагностики и лечения рака. Это привело к увеличению во всем мире числа пациентов с первично диагностированным онкологическим диагнозом, а также количества людей, которые успешно завершили лечение и стремились интегрироваться в социум. Таким образом, в настоящее время люди болеют раком чаще, но живут дольше: онкологические заболевания из болезни, которая на протяжении многих веков была приговором, превратились в хронические заболевания. В этой связи перед человеком, столкнувшимся с онкологическим заболеванием, стоит психологическая задача научиться жить с учетом заболевания, а для общества – не игнорировать этих людей, так как они являются его частью.

Онкопсихология – молодая психологическая дисциплина, вызывающая интерес у многих психологов, начинающих свою профессиональную деятельность. Данный сборник обращает внимание молодых исследователей-онкопсихологов на то, что их предшественниками уже был проделан определенный путь становления онкопсихологии, включающий клинические наблюдения и экспериментально-психологические исследования, знание которых позволит молодому поколению продвигаться вперед в своих исследовательских проектах, а не «топтаться» на месте, чувствуя себя «первооткрывателями». Не следует забывать общую формулу преемственности в познании, выраженную Исааком Ньютоном (1643–1727) в метафоре: «Если я видел дальше других, то только потому, что стоял на плечах гигантов». Эту формулу еще ранее отмечал французский философ Бернар Шартрский (1070–1130), указывая, что современное поколение видит больше и дальше не потому, что обладает более острым

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОНКОПСИХОЛОГИИ

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Васильева Н. Г., Вагайцева М. В.

1.1. Определение онкопсихологии

зрением и большим ростом, но потому, что предшествующее поколение их подняло и увеличило их рост собственным величием.

В настоящее время появляются специалисты, позиционирующие себя как онкопсихологи, уверенность которых зиждется на личном опыте пережитого заболевания и нередко имеет в своей основе ложные представления об этиопатогенезе, развитии и лечении рака. Такие «специалисты» в области онкопсихологии предлагают «особые методы», привлекательность которых для пациентов состоит во внимании «специалистов» к личности пациента, в «простоте» метода и обещании гарантии излечения. Работа этих «специалистов» наносит непоправимый вред больному. Кроме того, они же дискредитируют в глазах населения онкопсихологов, деятельность которых базируется на научной парадигме, открытой для дальнейшего развития.

Настоящий сборник написан под эгидой Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона и работы, представленные в сборнике, принадлежат членам данного профессионального сообщества.

Сборник состоит из трех частей: исторической главы «История развития онкопсихологии», современной – «Развитие онкопсихологии в настоящее время в работах членов Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона», и Заключения, обозначающего направления развития онкопсихологии, проблемы, которые встречаются на пути развития, и их решения. В Приложении приведены работы, отражающие научную концепцию Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона, а также список семинаров, на основе которых произошло объединение психологов, работающих в онкологических учреждениях, в Ассоциацию.

Материалы сборника охватывают развитие онкопсихологии в Ленинграде – Санкт-Петербурге, и мы не стремились отразить историю онкопсихологии всей страны и ее различных регионов. Это дело последующих исследователей.

Члены Ассоциации выражают огромную благодарность всем, кто поддерживал становление онкопсихологии в Ленинграде – Санкт-Петербурге в разные годы, с начала работы психологов в онкологических учреждениях.

Мы надеемся, что данный сборник будет интересен и полезен онкопсихологам и всем тем, кто интересуется проблемами онкопсихологии.

Коллектив авторов

Обое внимание к психологическим проблемам в онкологии возникло в связи с ростом качества жизни онкологического пациента, а этому, в свою очередь, способствовали следующие обстоятельства, наблюдаемые в последней четверти века. Совершенствование методов диагностики и лечения рака привело к улучшению отдаленных результатов лечения. Наряду с продолжительностью жизни, становятся важными вопросы качества жизни онкологических пациентов как во время лечения, так после его завершения. При этом особое внимание стало уделяться вопросам психологической реабилитации больных. К этому времени в медицине уменьшаются проявления патерналистского отношения пациентам. Врачи обсуждают с больным информацию о диагнозе, методах лечения и прогнозе заболевания, что сделало возможным открыто исследовать и изучать возникающие у больного психологические реакции на заболевание.

Это послужило триггером для проведения врачами-онкологами, психиатрами-психологами, социологами исследований, направленных на изучение психических и социальных аспектов рака, влияющих на качество жизни онкологического больного. Данные исследования привели к возникновению в последней четверти прошлого века новой области знаний в рамках онкологической науки – психоонкологии.

Онкология – это междисциплинарная область, которая охватывает широкий круг задач, от организации медицинской и психологической помощи пациентам и их семьям, обучения персонала, взаимодействующего с больными, до проведения комплексных исследований, включающих изучение превентивной роли генетических факторов при злокачественной патологии, а также лечение психических расстройств и решение психосоциальных проблем на протяжении всего онкологического заболевания [Holland J. C., 1998].

Возникновение психоонкологии послужило основой для развития **онкопсихологии** – раздела психологии, изучающего психологические последствия рака. Таким образом, психоонкология возникла и развивается в рамках онкологии, в то время как онкопсихология является психологической дисциплиной.

Как соотносится онкопсихология с различными психологическими дисциплинами? В фокусе внимания клинических психологов находятся люди с психическими расстройствами разного уровня. Психически здоровые лица исследовались в основном в связи с задачами профилактики психических и психосоматических

нарушений. Изучение здоровых людей являлось прерогативой социальной, возрастной, дифференциальной, инженерной и других психологических дисциплин. Вместе с тем существует большая область жизненных ситуаций, где переживания и поведение здоровых людей правомерно могут быть описаны с позиций клинической психологии, это кризисные и экстремальные ситуации. Психология кризисных и экстремальных ситуаций — это область пересечения психологии здорового человека и клинической психологии, т. е. область психологии здорового человека в особых условиях, при которых он находится в критическом состоянии, следствием чего может быть психическая травма, являющаяся основой для всех психо-психических и психосоматических нарушений [Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М., 2010]. Чаще всего реакции онкологического больного — это реакции психически здорового человека в экстремальной или кризисной ситуации онкологического заболевания. Кроме того, онкопсихология в своем содержательном аспекте соприкасается с социальной, возрастной, семейной и другими видами психологических дисциплин, безусловно присутствующих в кризисной и экстремальной ситуациях онкологического заболевания.

Таким образом, онкопсихология — часть психологии кризисных и экстремальных ситуаций. В настоящее время смысл и дальнейшее развитие онкопсихологии видится в создании системы, включающей три элемента, которые взаимосвязаны и организационно скоординированы:

1. научные исследования в области онкопсихологии;
2. профессиональное обучение клинических психологов, врачей-онкологов и медсестер;
3. профессиональная психологическая служба помощи пациентам и их родственникам.

1.2. Предпосылки возникновения психоонкологии в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова

Нисколько не умаляя значения проводимых психологических исследований и психологической помощи, оказываемой специалистами в онкологических учреждениях нашей страны, в настоящей работе хотим показать, как это происходило в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова.

Идею необходимости учитывать психику онкологического больного, влияющую на результат лечения, пожалуй, впервые в стране сформулировал еще в 1945 году основоположник отечественной онкологии Н.Н.Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии». Он указывал на возможность психической травматизации больного в связи с онкологическим заболеванием и его лечением: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и самой блестящей хирургической техники, необходимы: полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута» [Петров Н.Н., 1947]. В своей работе Н.Н.Петров обращался к врачам-онкологам, так как в 40-е

годы прошлого века невозможно было даже представить психологов, работающих в онкологических учреждениях.

В начале 70-х годов прошлого столетия группа ведущих специалистов НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова по приглашению посетила различные клиники США. Этот визит послужил началом развития онкопсихологии в нашей стране. Так, один из членов комиссии, профессор Д.П.Березкин выдвинул идею привлечения психологов к исследованиям онкологических больных. В 1974 году, впервые в СССР, возглавляемой им лабораторией по изучению эффективности лечения онкологических больных, была создана научно-исследовательская группа по психологическим особенностям онкологических больных. Научно-исследовательские темы имени — «Изучение личностных особенностей больных раком прямой кишки», «Разработка психологических основ ранней клинической реабилитации больных раком желудочно-кишечного тракта» — были утверждены Комитетом по науке и технике СССР.

В результате психологических исследований больных раком указанных локализаций выявлены следующие случаи: среди этих пациентов, особенно у больных раком прямой кишки, представляющих большую опасность, наблюдались отказы от операций, вызванные их психическим характером, высокая тревога и депрессия, которые создавали суицидальный риск [Березкин Д.П., Екимов В.И., 1976]. Первыми, кто начал работать по этим темам, были кандидат психологических наук Н.Г.Зырянова [Зырянова Н.Г., 1976] и врач-психиатр А.В.Гнездилов. Последний выявил психогенные реакции онкологических больных на разных этапах лечения, в зависимости от их психических особенностей, и способы купирования этих реакций, что легло в основу кандидатской диссертации «Психогенные реакции у онкологических больных».

В 1977 году к работе подключились медицинские психологи В.А.Чулкова и Н.Б.Шиповников. Они изучили особенности личности больных раком прямой кишки и желудка, их реагирование на заболевание на разных этапах лечения, от момента болезни, к диагнозу, к операции, к будущему, что дало возможность адекватно и успешно корректировать развивающиеся патологические состояния. Эти исследования послужили основой кандидатской диссертации Н.Б.Шиповникова «Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки» [Шиповников Н.Г., Колосов А.Е., 1994].

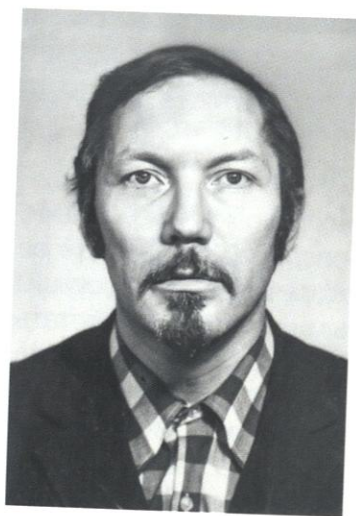
С 1977 года при участии врачей и научных сотрудников различных подразделений Института началась масштабная научно-исследовательская работа по реабилитации больных раком молочной железы [Мельников Р.А., Шабашова Н.Я., Семиглазов В.Ф., Моисеенко В.М., 1981]. Рак молочной железы несет в себе угрозу психической травматизации пациенток. Его лечение сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим больную к различным пси-



Дмитрий Пантелеймонович Березкин



Нелли Георгиевна
Зырянова



Андрей Владимирович
Гнездилов

ков Н.Б., 1978; Чулкова В.А., 1978; Шиповников Н.Б., 1978] и в институтском сборнике «Реабилитация онкологического больного» [Березкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. и др., 1979].

Сотрудничество с ведущими специалистами в области медицинской психологии и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева оказало большое влияние на формирование взглядов и подходов психологов нашего Института к психологическим проблемам онкологических больных, а профессора Е.Ф. Бажин и Б.Д. Карвасарский стали научными руководителями кандидатских диссертаций.

Таким образом, уже благодаря первым проведенным психологическим исследо-

хологическим и нервно-психическим расстройствам, которые резко снижают качество жизни даже спустя годы после завершения лечения. В.А. Чулковой было проведено психологическое исследование больных раком молочной железы в разные периоды заболевания, исследованы личностные особенности этих женщин, выявлены различия в реагировании на заболевание, в основе которых лежат и особенности личности больной, и особенности принятия болезни, и отношение окружающих к заболевшей женщине [Чулкова В.А., 1980]. Результаты исследования стали основой кандидатской диссертации В.А. Чулковой «Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы» (1999). Было показано, что для адекватного приспособления к болезни, влияющего на жизнь после нее, больным раком молочной железы необходима психологическая помощь, в том числе, оказываемая профессиональными психологами.

Для работ А.В. Гнездилова, Н.Б. Шиповникова и В.А. Чулковой характерно то, что они не только описывали особенности личности больных, но и указывали на динамику изменения их психологического состояния и реакций в зависимости от этапа и вида лечения. В их исследованиях были разработаны критерии психологической компенсации онкологически больных и определены группы психологического риска. Результаты исследований были доложены на Всесоюзном симпозиуме «Совершенствование методов реабилитации онкологических больных» 15–16 ноября 1978 года, а также опубликованы в сборнике симпозиума «Совершенствование методов реабилитации онкологических больных» [Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В., Чулкова В.А., Шиповников Н.Б., 1978] и в институтском сборнике «Реабилитация онкологического больного» [Березкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. и др., 1979].

ваниям в институте, была продемонстрирована необходимость профессиональной психологической помощи онкологическим больным, разработаны основы для ее осуществления. Кроме того, в процессе исследования и многочисленных бесед с больными, и сами психологи приобретали уникальный опыт психологической работы с онкологическими больными и их близкими.

Вскоре в Институте было создано отделение реабилитации онкологических больных (руководитель — профессор Л.В. Донская). Медицинские психологи Чулкова и Н.Б. Шиповников стали научными сотрудниками этого отделения. Основным направлением деятельности отделения реабилитации являлось изучение восстановления трудоспособности больных раком молочной железы, легкого, яичника и матки после радикального лечения. Кроме того, в 1980-е годы научные исследования осуществляли врач-психолог, кандидат медицинских наук Е.В. Демин и психологист по врачебно-трудовой экспертизе, кандидат медицинских наук Н.И. Артемкина. Более того, в 1980-е годы в отделении реабилитации онкологических больных Института и территориальными онкологическими отделениями Московского, Выборгского и Кировского районов, а также, соответственно, общегородскими городскими поликлиниками №№ 51, 99 были заключены договоры, согласно которым, в нашем городе, стала осуществляться реабилитация больных раком молочной железы после радикального лечения.

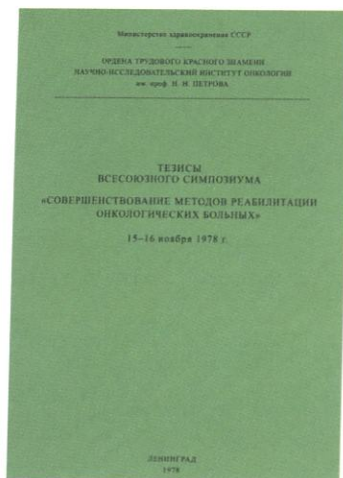
В соответствии разработанную программу восстановления здоровья и трудоспособности женщин входили различные занятия лечебной гимнастикой, механо- и трудотерапия, профилактика и лечение лимфатического отека верхней конечности [Донская Л.В., Демин Е.В., Артемкина Н.И. и др., 1986]. У всех больных проводилось психологическое исследование до и после прохождения реабилитационных мероприятий, а женщины, наблюдавшиеся в Московском районе, в это же время участвовали в индивидуальной и групповой психотерапевтической работе. Целью исследования являлось изучение изменения психологического состояния больных и их самооценки в процессе реабилитации. Было показано, что по окончании восстановительного лечения у больных снижался уровень тревоги и депрессии, повышалась самооценка по категории «здоровье», а у больных, которые занимались психотерапией, повышалась самооценка и по категории «счастье», они свободнее могли выражать свои чувства и обсуждать проблемы, были более удовлетворены жизнью в настоящий момент. На примере больных раком молочной железы



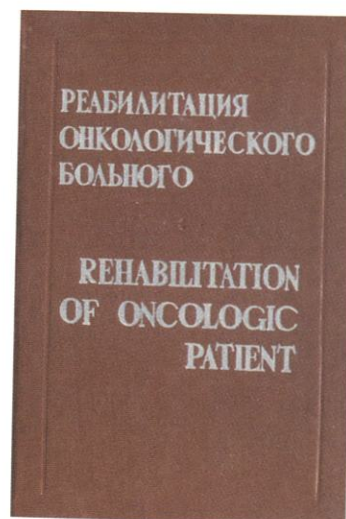
Валентина Алексеевна
Чулкова



Николай Борисович
Шиповников



Тезисы Всесоюзного симпозиума
«Совершенствование методов
реабилитации онкологических
больных». 1978



Реабилитация онкологического
больного. 1979

данная работа показала необходимость проведения реабилитационных программ с обязательным включением психотерапии.

В 1987 году отделение реабилитации вошло в состав отделения диспансеризации и восстановительного лечения онкологических больных (руководитель – профессор Н.Н. Блинов). Дальнейшее развитие получили научные исследования, изучающие качество жизни больных раком и возможности его повышения [Демин Е.В., Блинов Н.Н., Чулкова В.А., 1990]. В выполнении исследований принимали участие научные сотрудники и врачи отделения. Практически в каждой работе по изучению качества жизни были фрагменты психологических исследований, выполненных психологами. Также продолжалась и реабилитационная программа в онкологических отделениях города. Психологические исследования по этой программе стали частью докторской диссертации Е.В. Демина «Психосоциальное совершенствование послеоперационной реабилитации больных раком молочной железы и эндометрия».

В 1990 году медицинские психологи В.А. Чулкова и Н.Б. Шиповников прошли курс обучения в Европейской школе онкологии в Польше. Преподаватели из Великобритании, Франции, Италии, США в течение недели в Радзеевице под Варшавой знакомили слушателей с достижениями в области психосоциальной онкологии и паллиативного лечения. Тогда же удалось познакомиться с психологами из Польши, Венгрии, Болгарии, Испании и обсудить с ними некоторые проблемы психоонкологии.

События, происходившие в 90-е годы в нашей стране, способствовали тому, что процесс обмена научными и практическими знаниями между профессиональ-

ми психологами разных стран стал доступен и для наших специалистов. С 1990 года В.А. Чулкова участвовала в ряде международных семинаров и обучающих программ (США, Великобритания, Норвегия, Голландия и др.) в области практической психологии и психотерапии. В составе группы психологов из Санкт-Петербургского института психотерапии и консультирования «Гармония» в 1999 году В.А. Чулкова побывала в Нидерландах. В Роттердаме психологи познакомились с работой Института биопсихосоциальной медицины (директор – проф. М. J. de Vries). Уникальность института в том, что его сотрудники, психотерапевты и психологи, проводили различные виды психотерапии онкологических больных, а независимые исследователи изучали влияние психотерапии на качество жизни онкологических больных.

Опыт научной и практической работы с онкологическими больными в сфере психоонкологии получил в нашем институте дальнейшее развитие. По программе улучшения качества жизни онкологических больных на отделении диспансеризации и восстановительного лечения стала применяться противоболевая терапия. В этой работе принимала участие психолог В.А. Чулкова. Наряду с другими, используемыми и психологические методы противоболевой терапии. Проводившееся при этом исследование показало, что эффект противоболевой терапии был выше в группе больных, с которыми проводилась психотерапия. Психологическое исследование уровня тревоги и депрессии в этой группе также подтвердило эти результаты [Блинов Н.Н., Комяков И.П., Припутин А.С., Константинова М.М., Чулкова В.А., Маевский И.В., 1997].

В конце 90-х годов была создана научно-исследовательская группа восстановительного лечения (руководитель – проф. Н.Н. Блинов). Опираясь на накопленный опыт, еще на более высоком уровне сотрудники продолжали научно-исследовательские работы, связанные с психологической помощью больным РМЖ и больным лимфопролиферативными заболеваниями, которые, конечно же, имели более современный дизайн. Кроме этого, в течение трех лет (1995 – 1998 гг.), по согласованию, проводились психологические консультации и балинтовские группы с врачами и медсестрами хосписа № 2.

Результаты всех психологических исследований докладывались на российских и международных конференциях, публиковались в отечественных и зарубежных журналах и сборниках научных трудов, излагались в методических рекомендациях и пособиях для врачей.

Психологические исследования, проводимые в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, показали, что онкологическое заболевание сопряжено с переживаниями больного, которые оказывают влияние на лечение и исход болезни, поэтому проблемы онкологии могут быть успешно решены без учета психологической составляющей заболевания.

В 2000 году научно-исследовательская группа восстановительного лечения была переименована в группу реабилитации онкологических больных (руководитель – ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук И.П. Комяков). В это же время началось психологическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-онкологов и медицинских сестер, работающих в онкологическом учреждении. Основным результатом исследования явилось изучение выраженности синдрома эмоционального выгорания и его связи с особенностями личности и стажем работы врача. По результатам работы было написано учебное пособие для врачей-онкологов [Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Донских Р.В., 2012].

В это же время психологом группы реабилитации онкологических больных В.А. Чулковой совместно с кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ и лабораторией клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева разрабатывается концептуальный подход к ситуации онкологического заболевания как экстремальной ситуации и психологическому кризису. Сутью этого подхода является представление о том, что ситуация онкологического заболева-

ния для больного и его семьи является не просто стрессовой, а сверхстрессовой, она обладает признаками экстремальных и кризисных ситуаций, и несет в себе угрозу психической травматизации [1Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010].

В 2012–2014 гг. была выполнена научно-исследовательская работа, целью которой явилось изучение психологических особенностей онкологических больных различных локализаций опухолей, их отношения к болезни и адаптации к заболеванию на разных этапах лечения. В результате исследования выявлены психологические особенности больных различных локализаций опухолей (рак молочной железы, гинекологический рак, рак предстательной железы, рак легкого), их отношение к болезни и используемые ими копинг-стратегии в процессе адаптации к заболеванию. Полученные результаты позволили создать научную основу для системы психологической помощи онкологическим больным, осуществленной которой отвечает задачам реабилитации онкологического пациента и способствует повышению его качества жизни.

Рассмотрение онкологического заболевания в рамках указанного выше концептуального подхода и многолетний опыт психологического консультирования онкологических пациентов способствовали созданию трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным, отражающей психологическую адаптацию больного к ситуации болезни [2Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010].

Много лет в институте проводилось психологическое консультирование онкологических больных, но оно не носило систематического характера. В 2015 году был создан научный отдел инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации (руководитель – ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук, профессор Т.Ю. Семиглазова), в состав которого вошли медицинские психологи. Научно-исследовательская задача «Изучить особенности психологического статуса онкологических больных в зависимости от метода системной терапии», в которой участвовали медицинские психологи в 2015–2017 гг., являлась частью более общей программы, выполняемой отделом.

С 2015 года началась активная организация Службы психологической помощи онкологическим больным и их родственникам, которая позволяет более эффективно и многопланово осуществлять этот вид помощи, и, тем самым, отвечает целям и задачам психологической реабилитации больных.

Начиная с 2016 года в Институте с целью выделения групп онкологических больных, наиболее нуждающихся в психологической помощи, практически у всех больных, находящихся на этапах диагностики и госпитализации в стационар, проводится оценка интенсивности переживаний. Основой исследования явилась методика самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS) [Холланд Дж., Ватсон М., 2013]. В модифицированной нами методике больные должны оценить уровень своих переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними. Было обработано свыше 4000 бланков, заполненных пациентами. Были выделены группы психологического риска, в нее вошли пациенты с высоким уровнем переживаний, остро нуждаю-

щиеся в психологической помощи, которая им оказывалась в экстренном порядке [Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., 2016].

Таким образом, этот исторический экскурс показывает нам, как, начиная с работ Н.Н. Петрова, постепенно и неуклонно происходило и происходит развитие психосоциальной и онкопсихологии в Институте. Мы видим, что некоторые подходы и исследования в этой области, развиваемые в Институте, являются пионерскими для нашей страны.

1.3. Направления развития онкопсихологии

Онкопсихология как дисциплина, получив старт в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, далеко за пределы стен Института и продолжила развитие на базе клиник и учебных заведений города в различных направлениях, актуальных в те годы нашей страны.

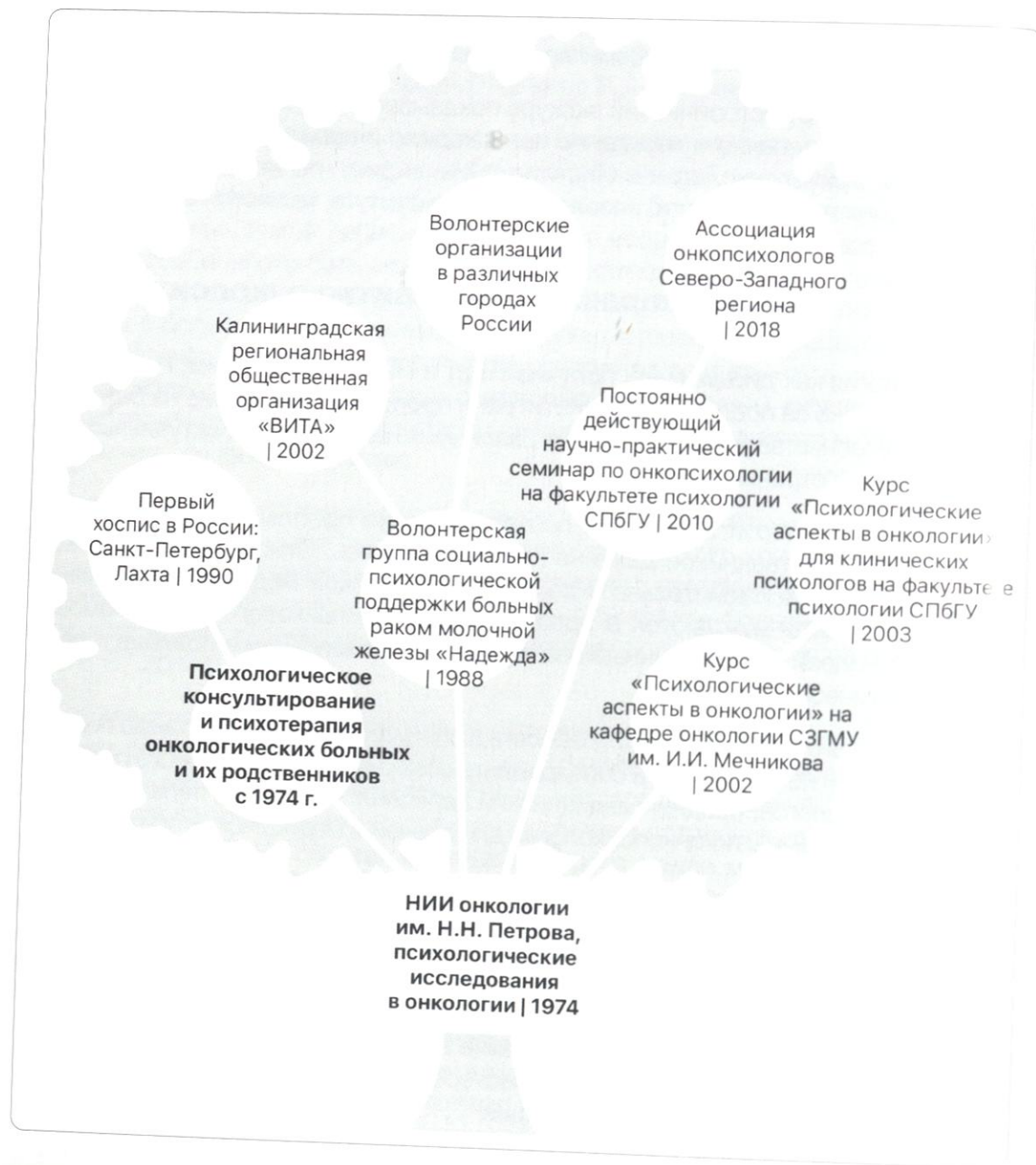
В первой четверти 20-го века психологические проблемы онкологических больных и их родственников даже не рассматривались. Отношения с больными строились исключительно в рамках соматической медицины. Понимание того, что эти люди нуждаются в профессиональной психологической помощи, явилось новой идеей и качественным эволюционным изменением в подходе к лечению онкологических пациентов.

Возникновение этого возникли как потребность в специалистах, готовых такую помощь оказать, так и необходимость образовывать всех участников лечебного процесса – врачей, психологов, средний медицинский персонал. Появились первые образовательные программы по онкопсихологии для врачей и медицинских психологов.

В рамках отношений врач–пациент стали тесны, произошел разворот в сторону гуманизма, учета личности пациента, обращения к его ресурсам. В фокусе внимания оказалось качество жизни больных на всех стадиях заболевания и лечения, в том числе, на терминальной. Запрос на открытое информирование об онкологических заболеваниях и способах их лечения, поддержанный в СМИ, дал мощный толчок монтерскому движению. Отношение в обществе к онкологическим пациентам начало меняться [Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2015]. Появились первые пациентские организации.

В последние годы, когда уже были онкопсихологи и проблемы онкопсихологии заведомо известны многим специалистам, у них возникла потребность в объединении, потребность в принадлежности к профессиональному сообществу, потребность избавиться от экзистенциального вакуума, одиночества в профессии, которая и была реализована.

Психологическая помощь пациентам, образовательные программы, создание профессиональных сообществ – в этих основных направлениях происходило развитие онкопсихологии в Санкт-Петербурге в период с конца 1980-х годов до настоящего времени. Рассмотрим их подробнее.



Направления развития онкопсихологии в Ленинграде – Санкт-Петербурге. В. А. Чулкова

1.3.1. Волонтерская организация «Надежда» | 1988 г.

Милосердие – это то, чего можно практически добиться, – спасти человека, поддержать. Это конкретность нравственности, деятельность тех добрых чувств, которые пробудились.

Даниил Гранин

Идея социально-психологической поддержки больных раком молочной железы «Надежда» была создана в 1988 г. сотрудниками НИИ онкологии Петрова врачом-онкологом Евгением Владимировичем Деминым и медицинским психологом Валентиной Алексеевной Чулковой.

Волонтерская ассоциация волонтеров-психологов, прошедших обучение по программе «Надежда» для клинических психологов на факультете психологии СПбГУ | 2003

Волонтеры «Надежды» проводили отбор и специализированное обучение по международной программе «Recovery». После согласования с клиническими онкологами в больницах, они делились своим опытом и знаниями, помогали им преодолеть чувство отчаяния, безнадежности и неопределенности, сами являлись примером адекватного отношения к болезни и лечению [Демин Е. В., Гнездилов А. В., Чулкова В. А., 2011].



Основатели Ассоциации «Надежда» Е. В. Демин и В. А. Чулкова

Создание «Надежды» положило начало волонтерскому движению в сфере помощи онкологическим больным в нашей стране, но его становление не было простым. К концу 80-х годов в общественном сознании только наметились прогрессивные тенденции, люди постепенно начали понимать ценность помощи ближнему, что каждый может оказаться в ситуации, когда и ему понадобится поддержка. Только что вышла знаковая книга Даниила Гранина «Милосердие», было организовано одноименное общество. В информационном плане развороту общественного сознания в сторону благотворительности послужил проведенный А. В. Гнездиловым круглый стол по ситуации с паллиативной помощью в стране, где он говорил о праве на достойную смерть, и последовавшая за ним в январе 1988 г. публи-

кация в газете «Ленинградская правда» заметки Татьяны Чесановой о качестве жизни онкологических больных.



Представитель движения «Reach to Recovery» в Европе Френсин Е. Тимоти. 1928–2019

Работая на отделении опухолей молочной железы и участвуя в реабилитации онкологических больных, В.А. Чулкова видела у пациенток потребность в активном преодолении болезни, женщины сами стихийно организовывали группы самопомощи. В ходе обсуждения В.А. Чулковой проблем психологической реабилитации больных раком молочной железы с врачом-онкологом Е.В. Деминым родилась идея о создании организации, в фокусе внимания которой была психологическая поддержка больных раком молочной железы в процессе их лечения, оказываемая бывшими пациентками, которые успешно адаптировались к ситуации заболевания и хотели бы помочь в этом другим.

В основу будущей организации была положена международная программа «Путь к выздоровлению», обучающая волонтеров – бывших пациенток – оказанию

помощи женщинам, только что перенесшим операцию по поводу рака молочной железы. Начатая в 1952 году онкобольной Терезой Лассер, программа «Reach to Recovery» в 1969 году вошла в состав Американского онкологического общества. На европейском континенте представителем программы с 1974 года стала Френсин Тимоти. Она запустила «Reach to Recovery» во Франции и начала обучать добровольцев в разных странах, продолжая показывать на собственном примере, что после проведенной операции и завершеного лечения по поводу рака молочной железы можно вести активный и качественный образ жизни.

В.А. Демин установил контакт с международной организацией «Reach to Recovery» и они предоставили информацию о принципах работы организации и прислали пособие по подготовке волонтеров на английском языке. Основную часть материалов переводил Евгений Владимирович Демин, в переводе на добровольной основе принимала участница. Готовые тексты были в качестве благодарности напечатаны лаборанткой лаборатории по изучению эффективности лечения онкологических больных Валентиной Михайловной Абложей. В дальнейшем финансовая поддержка Международного противоракового союза (UICC) позволила «Надежде» впервые издать часть материалов на русском языке, а именно пособие «Взаимодействующий тренинг волонтеров» [Демин Е.В., Чулкова В.А., 2013]. Потребовалось время, чтобы адаптировать западную модель к местным условиям и традициям.

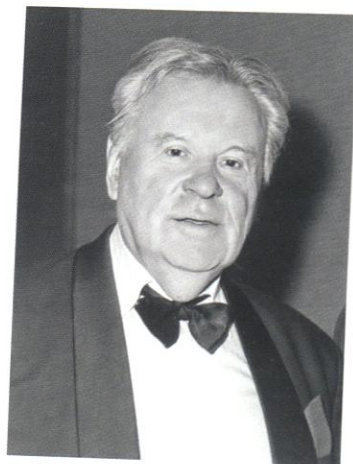
Валентина Алексеевна Чулкова рассказывает о том, как проходил поиск волонтеров: «Были взяты списки женщин, которые прошли реабилитацию после лечения рака молочной железы, мы познакомились и побеседовали с каждой женщиной, а потом по второму кругу разговаривали с ними уже прицельно – знакомили с программой волонтерской деятельности. Из 200 женщин отобрали менее 20 будущих волонтеров,



Первая группа волонтеров Ассоциации «Надежда». Ведущие В. А. Чулкова, Е. В. Демин



Волонтеры ассоциации «Надежда» и ведущие



Евгений Федорович Светланов.
1928–2002

которые соответствовали критериям адаптированности к изменившейся жизненной ситуации, психологической зрелости и желанию помогать людям безвозмездно».

16 ноября 1988 года в обществе Даниила Гранина «Милосердие» на Гороховой улице состоялось первое собрание волонтеров. Целый год они обучались умению слушать и слышать, навыкам активного слушания и разговора по телефону. На встречах дважды в месяц обсуждались вопросы собственного заболевания, отношения с другими людьми и особенности волонтерской деятельности. «Сомнений было очень много, ведь в то время онкология была табуированной темой, люди обычно даже не признавались, что они онкобольные. Только к концу 1989 года первые волонтеры пошли на отделение в наш институт и мы очень за них переживали».

Работа продолжалась, «Надежда» как организация развивалась. Был принят Устав и правила Ассоциации, Евгений Владимирович Демин поддерживал международ-



Пресса 1989–1992 гг.
о волонтерской
организации «Надежда»



Встреча ассоциации «Надежда». 1990

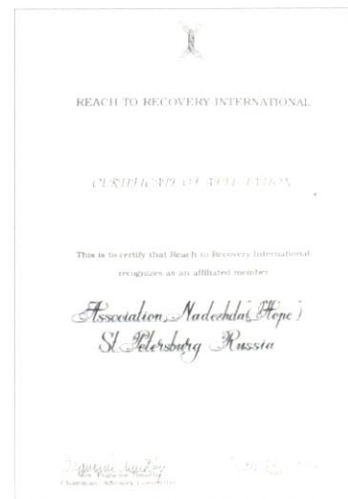
ные контакты. Было организовано обучение и тренинги для волонтеров, по линии гуманитарной помощи женщинам стало доступно коррекционное белье. Значимую информационную поддержку оказали журналисты Татьяна Чесанова, Ника Стрижак, Антон Губанков, публикации о волонтерах «Надежды» разместили газеты «Ленинградская правда», «Невское время», «Час пик». Специалисты и женщины, перенесшие рак молочной железы, из разных регионов страны узнавали о существовании «Надежды» и подхватывали это начинание.

Летом 1991г. организацией «Молодежь за милосердие» для волонтеров была организована поездка на круизном теплоходе по маршруту «Санкт-Петербург – Плёс». Во время путешествия они ежедневно участвовали в социально-психологическом тренинге. Волонтеры отработывали навыки вступления в контакт, завершения контакта, обозначения границ, умения говорить «нет», реагирования на сильные чувства пациента. В феврале 1992г. прошла первая благотворительная акция в пользу «Надежды»: оркестром под управлением Е.Ф. Светланова в Большом зале Ленинградской филармонии исполнил Бразильскую симфонию Жилла Лобоса, и часть вырученных средств была направлена на развитие Ассоциации.

Конференция бывших больных раком молочной железы прошла в Доме дружбы на Фонтанке. На нее были приглашены пациентки, перенесшие заболевание, они приходили вместе с семьями, детьми. Перед собравшимися выступили волонтеры со своим опытом преодоления болезни, представители общественной организации «Анти-рак-онкологи». Присутствующие впервые могли, не боясь, обсуждать свое заболевание. Пациентки не стеснялись говорить о себе и своем диагнозе, им не надо было скрываться. В зале царил праздничный настрой, был дан концерт.

Затем конференции под девизом «Женщины против рака молочной железы» стали традиционно проходить весной в Доме журналиста на Невском проспекте. На них выступали сотрудники Института, психологи, хими-онкологи проф. В.Ф.Семиглазов, Л.М. Берштейн, В.Н. Анисимов, В.И. Шендеров, и, что было особенно ценно, всегда выступали волонтеры. Эти конференции организованные по принципу «дня открытых дверей», своей целью имели повышение информированности населения, любой желающий мог прийти и послушать выступления ведущих специалистов в области онкологии, задать им свои вопросы. С другой стороны, это позволяло врачам-онкологам видеть в волонтерах партнеров, активных участников лечебного процесса.

В мае 1991г. состоялся знаковый визит президента про-



Сертификат Ассоциации «Надежда»
и медаль Международной программы
«Reach to Recovery»

Именные медали «Reach to Recovery»
В.А. Чулковой
и Е.В. Демина



граммы «Reach to Recovery» Френсин Тимоти в Санкт-Петербург, она встречалась с волонтерами «Надежды». В беседе с женщинами Тимоти подчеркивала ценность той работы, которую способны провести с пациентками только подготовленные и прошедшие обучение волонтеры: «Вы были там (в ситуации болезни) и вы это понимаете». Действительно у волонтеров есть уникальный опыт переживания собственной болезни, это то, чем не обладают врачи или психологи.



Френсин Тимоти в Санкт-Петербурге. 1991



Френсин Тимоти с волонтерами «Надежды» в Санкт-Петербурге. 1991

В 1992 г. Ассоциация «Надежда» получила сертификат члена Международной программы «Reach to Recovery – Путь к выздоровлению», а организаторы ассоциации Е. В. Демин и В. А. Чулкова были награждены именными медалями. Члены ассоциации принимали участие в работе пяти международных конференциях этой программы и ряда национальных конгрессов стран Европы, Америки и Австралийского Союза [Демин Е. В., Чулкова В. А., 2008]. По примеру Санкт-Петербурга аналогичные организации стали создаваться в других городах России: Калининграде, Казани, Архангельске, Екатеринбурге, Ханты-Мансийске, Белгороде, Новосибирске, Хабаровске.

Валентина Алексеевна Чулкова подчеркивает, что женщины, составившие первую волонтерскую группу, долго оставались активными, она встречалась с ними на конференции «Розовая ленточка», посвященная женщинам, перенесшим рак молочной железы, в 2004 году. Участие в волонтерской деятельности меняет людей, они переосмысливают свою жизнь, начинают жить более полно и осознанно, вследствие чего качество их жизни повышается, и это один из главных результатов проведенной работы. «К концу 80-х годов прошлого века мы открыли для нашей страны новую форму немедицинских отношений в онкологии: нам удалось повернуть благотворительность от ее декларирования к подлинному воплощению. Свою миссию мы считаем выполненной: волонтеры «Надежды» уловили главную цель «Reach to Recovery», а именно — повышение адекватной осведомленности

женщин в проблеме РМЖ. Они делали и делают все возможное, чтобы помочь больным избегать представления о себе, как о людях особых и исключительных, чтобы они не чувствовали себя стигматизированными и изолированными от общества» [Демин Е. В., Чулкова В. А., 2013].

В день рождения «Надежды», 16 ноября 2018 года, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова собрал в своих стенах пациентов, пациентские организации, врачей-онкологов, медицинских психологов, чтобы отметить 30-летие пациентского движения в России. Валентина Алексеевна Чулкова была награждена дипломом «30-летие создания первой онкологической пациентской организации в России» [Семиглазова Т. Ю., Чулкова В. А., Демин Е. В., Беляев А. М. и соавт., 2018]. Заведующий отделом инновационных методов паллиативной онкологии и реабилитации НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Татьяна Юрьевна Семиглазова отметила, что первая пациентская организация «Надежда» являлась у истоков всего пациентского движения в России.

1.3.2. Развитие паллиативной помощи. Хоспис №1 | 90-е годы

Паллиативная помощь — это относительно новое направление как в науке, так и в практике. Несмотря на то, что люди сталкивались с тяжелыми заболеваниями все время, в медицинской практике до конца 18 века не было принято иметь дело с проблемами умирающих, и больной человек, как правило, оставался на попечение семьи и сиделок [Арьес Ф., 1992].

Исторические истоки паллиативной помощи лежат в первых домах сестринского ухода, в домах приюта, богоугодных заведениях, которые возникали в Средневековье в монастырях, и где оказывалась помощь из милосердия. На Руси существовали «гошпитали», ориентированные на помощь больным людям. Впервые учреждение с названием «хоспис» было создано в 1842 году в Лионе, Франция, и предназначалось для ухода за умирающими от рака больными. В 1879 году подобное учреждение было создано ирландскими сестрами милосердия в Дублине, а в 1905 году — в Лондоне. В России в начале XX в. Великая княгиня Елизавета Федоровна основала Марфо-Мариинскую обитель: по внутреннему уставу жизнь сестер была близка монастырскому, а внешняя их деятельность была обращена на служение ближним, в том числе на уход за умирающими больными.

Первый хоспис современного типа был открыт в 1967 году в Лондоне. Инициатором и организатором хосписного дела стала баронесса Сесилия Сондерс (1918–1995), которая прошла путь от социального работника, медицинской сестры до первого штатного доктора в приюте Св. Иосифа. Ее пациенты получали паллиативную терапию и находились в атмосфере сострадания и поддержки.

Значительную роль в том, что мировое медицинское сообщество обратило внимание на проблемы паллиативной помощи, сыграла работа психолога швейцарского происхождения Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании» [Кюблер-Росс Э., 2001], вышедшая в 1969 году миллионным тиражом.

Известный английский публицист Виктор Зорза (1926–1996) и его супруга Розмари в 1975 году потеряли дочь: 25-летняя Джейн, заболевшая меланомой в неоперабельной форме, умерла в английском хосписе. Виктор Зорза и его жена видели, что их дочь умирает в умиротворенном состоянии, без страданий. Личное несчастье подвигло Виктора Зорзу на пропаганду хосписов во всем мире, его книга «Путь к смерти. Жизнь до конца» выражает философию и этику современной паллиативной медицины [Зорза Р. и В., 1990].



Андрей Владимирович Гнездилов. 1940–2022

В конце 80-х годов В. Зорза приехал в СССР, в Ленинграде (ныне Санкт-Петербург) В. Зорза и его идея поддержал мэр города А.А. Собчак. На решение мэра повлияли академик Дмитрий Сергеевич Лихачев и писатель Даниил Александрович Гранин, представивший своего единомышленника, врача Андрея Владимировича Гнездилова. Совместно были обсуждены планы создания первого хосписа в Ленинграде, получено благословение тогдашнего митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Алексия, патриарха Алексия II (Ридигера) [Вагайцева М. В., 2023].

Андрей Владимирович Гнездилов, ориентируясь на труды пионеров хосписного движения Англии и США, начал с 1974 г. работать в качестве психотерапевта с онкологическими пациентами, в том числе инкурабельными. Он один из первых начинает поднимать

в отечественном медицинском сообществе и прессе проблему смерти и умирающего. Его идеи для российского общественного сознания 80-х годов были революционными, так как обсуждение подобных тем в нашей стране было табуировано. До открытия хосписа со страниц газет и журналов, в выступлениях на радио и телевидении А. В. Гнездилов говорил о сострадании, в котором нуждаются онкологические больные, открыто заявлял о необходимости достаточного обезболивания.

Первый хоспис в России открылся в 1990 г. в Санкт-Петербурге. Создавалось учреждение нового типа, с высококвалифицированной командой медиков, с глубоким, искренним уважением к личности больного. Такого опыта в России еще не было. Это был трудный, многолетний процесс, труд подвижников на ниве милосердия в области паллиативной помощи, и начало ему было положено с открытием хосписа в Лахте.

Первый проект хосписной помощи оказался удачным и дал старт хосписному движению в России. Стало очевидным, насколько нуждались больные, их родственники, само общество в этих очагах милосердия, любви, сострадания, христианской бескорыстной помощи ближнему. Хосписы открылись в Москве, Уфе, Ярославле, Тюмени, Астрахани, Мегионе [Иванюшкин А. А., Хетагурова А. К., 2004]. Происходили коренные изменения в организации паллиативной помощи. Хосписы и паллиативные отделения прочно утвердились в системе здравоохранения как учреждения, призванные оказывать квалифицированную помощь онкологическим, инкурабельным больным другого профиля, и членам их семей.

Хоспис – это один из видов паллиативной помощи больным в терминальной стадии заболевания. Хоспис – это дом, где помогают в горе, где нет безразличных, где персонал делает свое дело и не остается равнодушным к тем, кто нуждается в помощи. Идея хосписа в том, чтобы предложить пациентам безусловную поддержку, взяв на себя заботу об их физических, эмоциональных, духовных, социальных потребностях. Хоспис помогает не только тем, кто умирает, но также и членам семей, давая им передышку, помогая ухаживать за умирающими [Вагайцева М. В., 2023].

Опыт работы российских хосписов нашел отражение в научных публикациях А. В. Гнездилова, в статье «Проблемы психической службы в России» в книге «Путь к смерти. Жизнь до конца: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике хосписа» [Гнездилов А. В., 1994, 1995]. До 2022 года один из основателей хосписа, доктор психологических наук, Андрей Владимирович Гнездилов был бессменным руководителем психотерапевтической службы.



Хоспис № 1 в Лахте, Санкт-Петербург

В Хосписе № 1 в Лахте особое внимание традиционно уделяется оказанию психологической и психотерапевтической помощи. С 2009 года социально-психологическая служба хосписа расширяется. Медицинским психологом Хосписа в Лахте с 2011 года работает Маргарита Валерьевна Вагайцева.

В Хосписе № 1 в Лахте особое внимание традиционно уделяется оказанию психологической и психотерапевтической помощи. С 2009 года социально-психологическая служба хосписа расширяется. Медицинским психологом Хосписа в Лахте с 2011 года работает Маргарита Валерьевна Вагайцева.

В 2021 году в Хосписе № 1 были выпущены «Стандарты операционных процедур психологической помощи онкологическим пациентам». Эти стандарты активно запрашиваются профильными организациями и имеют широкое признание в сообществе. В 2023 г. опыт психологического сопровождения в Хосписе № 1 лег в основу методических пособий, изданных на психологических кафедрах ведущих федеральных университетов Санкт-Петербурга [Вагайцева М. В., Фадеева Д. Е., Семанова Ю. В., Репина Е. В., Волков Н. О., Сенчук Р. Б., 2003].

1.4. Образовательные программы по онкопсихологии

1.4.1. Курс онкопсихологии на кафедре онкологии МАПО | 2002 г.

Специалисты (врачи, медицинские сестры), призванные лечить и помогать пациенту, нередко оказываются неподготовленными к психологическому взаимодействию с человеком, испытывающим интенсивные страдания. Чаще всего врачи и медсестры общаются с пациентом, ориентируясь на бытовую психологию. При этом в процессе профессионального взаимодействия они разрешают свои личностные проблемы и не учитывают степень особенности ситуации, в которой находится пациент. Все это приводит к конфликтам между врачом и пациентом, а также его родственниками. Разрешение этих трудностей видится в обучении специалистов в области онкопсихологии.

С 2002 года на кафедре онкологии Медицинской академии последипломного образования (МАПО), заведующий кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Владимир Михайлович Моисеенко, для слушателей врачей-онкологов впервые в нашей стране начал проводиться курс психоонкологии и онкопсихологии в разделе реабилитации онкологических больных, медицинской этики и деонтологии, правовых вопросов онкологической службы. Разработчиком образовательной программы и преподавателем курса выступила доцент кафедры онкологии, кандидат психологических наук В.А. Чулкова. Основными темами курса являлись: «Введение в онкопсихологию» (возникновение онкопсихологии как дисциплины, изучающей психологические и социальные аспекты рака; вопрос качества жизни онкологических больных), «Психологические реакции больных на онкологическое заболевание и особенности их адаптации к болезни», «Психологические аспекты врачебной деятельности» (особенности взаимодействия врача с пациентом, профессиональные коммуникативные навыки врача и синдром эмоционального выгорания врача-онколога).

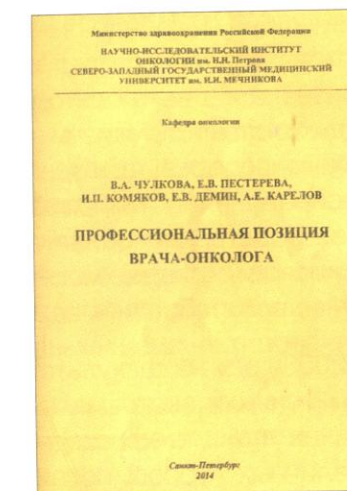
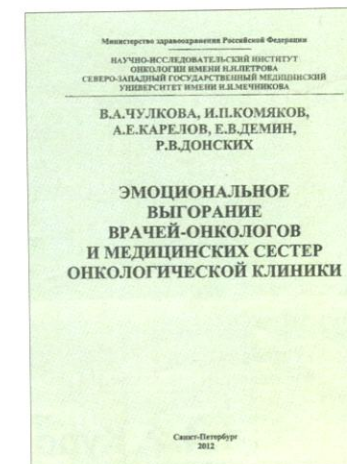
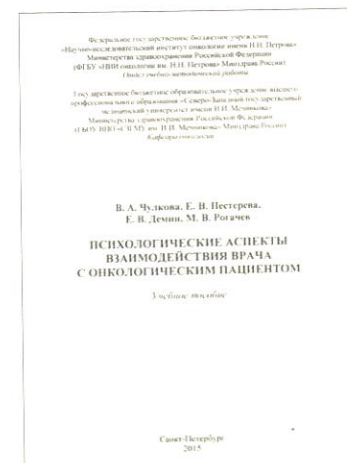
После реорганизации кафедра вошла в состав Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, в 2011г. ее руководителем стал доктор медицинских наук, профессор Алексей Михайлович Беляев. Преподавание курса было продолжено, в дальнейшем содержание основных тем расширялось: был сделан акцент на эк-

зистенциальных переживаниях онкологических больных и их родственников, на специфичности психической травматизации в ситуации онкологического заболевания; обращалось внимание на важность сохранения профессиональной позиции врача, проблему эмоционального выгорания специалистов. Курс был дополнен темой «Психологические аспекты медицинской паллиативной помощи в онкологии». Курс по психоонкологии и онкопсихологии включал лекции, семинары и практические занятия. Следует отметить, что всегда после окончания курса врачи-онкологи в обратной связи сообщали о полезности и необходимости данных занятий, о своей готовности участвовать в такого рода программах.

Данный курс был также представлен на выездных лекциях в учреждениях различных городов России: Петрозаводск, Мурманск, Архангельск, Калининград, Ставрополь, Пенза, Великий Новгород, Псков и др. В Российском онкологическом центре Казани в 2011г. был проведен тренинг с врачами-онкологами по психологии: что нужно знать практическиму врачу, посвященный коммуникативным навыкам эффективного взаимодействия с пациентами.

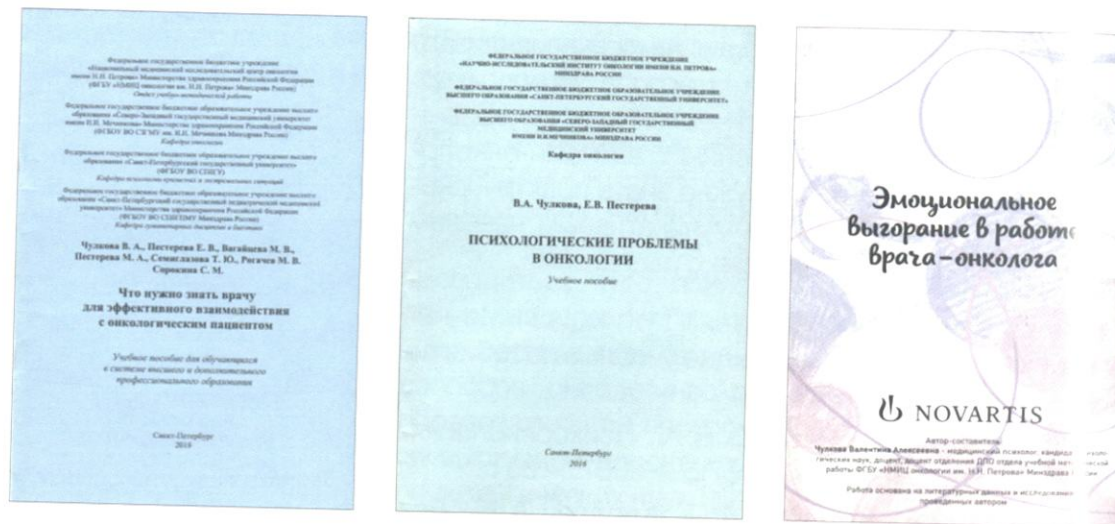
В рамках кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова выпущены следующие учебные пособия по темам онкопсихологии:

- Моисеенко В.М., Чулкова В.А.. Психоонкология. Учебное пособие для врачей. – СПб. – 2007. – 38 с.
- Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Донских Р.В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники // Учебное пособие для врачей-онкологов – СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2012. – 30 с.
- Чулкова В.А. Информирование онкологического больного. Издание 2-е, дополненное // Учебное пособие для врачей-онкологов – СПб.: Издательство «Лань». – 2013. – 68 с.
- Чулкова В.А. Пестерева Е.В., Комяков И.П., Демин Е.В., Карелов А.Е. Профессиональная позиция врача-онколога // Учебное пособие для врачей-онкологов – СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2014. – 28 с.
- Чулкова В.А. Пестерева Е.В., Демин Е.В., Рогачев М.В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом // Учеб-



ное пособие для врачей-онкологов. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова – 2015. – 40 с.

- Чулкова В.А. Пестерева Е.В. Психологические проблемы в онкологии // Учебное пособие для врачей-онкологов – СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2016. – 50 с.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Вагайцева М.В., Пестерева М.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В., Сорокина С.М. Что нужно знать врачу для эффективного взаимодействия с онкологическим пациентом // Учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. – 2018. – 44 с.
- Эмоциональное выгорание в работе врача-онколога // Учебное пособие. Автор-составитель Чулкова В.А. – СПб. – 2019. – 16 с.



Пособия по онкопсихологии, выпущенные в 2007–2018 гг. (стр. 24–26)

1.4.2. Курс онкопсихологии на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ | 2003 г.

С начала XXI века благодаря новым высокотехнологичным методам лечения продолжительность жизни онкологических больных возросла. Вопросы качества жизни, вопросы адаптации больных к жизни в ситуации заболевания в условиях неопределенности приобрели особую значимость как для самих пациентов и их родственников, так и для общества в целом. Онкопсихологи, клинические психологи, которые могли бы работать с онкологическими пациентами, оказались более востребованы, чем это было ранее, и их нужно было готовить.

В 2003 году на факультете психологии СПбГУ была создана кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций (заведующая кафедрой доктор психологических наук, профессор Н.С. Хрусталева). С первых дней ее создания в рамках различных курсов, посвященных психологической помощи людям, находящимся

в кризисных и экстремальных ситуациях, рассматривались вопросы психологической помощи онкологическим больным и их родственникам. В дальнейшем был разработан специальный курс по онкопсихологии, в котором, кроме общих базовых вопросов, значительная часть была посвящена анализу психологических проблем, возникающих у пациентов на различных этапах лечения, и принципам оказания психологической помощи в ситуации онкологического заболевания. Разработала программу и осуществляла ее доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, кандидат психологических наук, онкопсихолог В.А. Чулкова.

Обучение ставило своей целью сформировать у студентов научный подход к механизмам возникновения и развития рака, к лечению онкологических больных. В рамках курса студенты знакомились с общими представлениями об онкологических заболеваниях, с экзистенциальными переживаниями больных, с психо-



Вест-Петербургского
вып. 1

Учебник «Психология кризисных
и экстремальных ситуаций:
психическая травматизация и ее
последствия». 2018

Руководство «Онкопсихология для
врачей-онкологов и медицинских
психологов». Издание 2-ое,
дополненное. 2018

логиче... и реакциями больных на заболевание на различных этапах лечения, с тра... имацией семейных отношений в связи с болезнью одного из ее членов, с пси... ническими проблемами врачей и медицинских сестер онкологической клин... курс позволял получить представление о психологических проблемах онко... ских больных, которые, будучи не разрешенными, усугубляются и про-... являе... виде психической травмы онкологического пациента, следствием ко-... торой... быть различные формы психической дезадаптации, и о внутренних и внеш... ресурсах пациента, способствующих психологической адаптации к за-... болева... В рамках занятий у студентов формировались знания об основных методах... лических подходах, принципах и задачах психологической помощи он-... кологическому пациенту, тренировались практические навыки консультирования.

С 2020 года курс по психологическим проблемам в онкопсихологии проводит до-... цент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, кандидат психо-... логических наук, онкопсихолог Е.В. Пестерева.



Нелли Сергеевна Хрусталева

За годы существования курса по онкопсихологии студентами кафедры были подготовлены курсовые и дипломные работы, посвященные исследованиям в области онкопсихологии. Эти работы представляют интерес для развития онкопсихологии.

Преподаватели кафедры В. А. Чулкова и Е. В. Пестерева опубликовали работы, отражающие специфику работы психолога с онкологическими пациентами:

- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПб университета. – 2010. – Сер. 12. Вып. 1. – С. 91–100.
- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. – 2010. – Сер. 12. – Вып. 1. – С. 185–191.

- Чулкова В. А. Пестерева Е. В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис (5 глава) // Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций» / под ред. Н. С. Хрусталева – СПб.: Изд-во С-Петербург. университета. – 2018. – С. 199–236.

Опыт, накопленный за годы работы по оказанию психологической помощи онкологическим пациентам и преподавания на кафедрах онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ, был представлен в материалах «Онкопсихология: руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов». Авторами данного Руководства выступили члены Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона. Руководство по онкопсихологии является настольной книгой для многих онкопсихологов из различных регионов России и Казахстана.

1.4.3. Курс онкопсихологии в Институте практической психологии «Иматон»

Курсы по онкопсихологии, разработанные на кафедрах онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова и психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ, послужили основой для создания семинара «Онкопсихология: практика психологической помощи в онкологическом учреждении», который с 2014 года проводится в Институте практической психологии «Иматон» кандидат психологических наук М. В. Вагайцева.

На семинар приезжают психологи, социальные работники, священники, медсестры, врачи-онкологи, студенты профильных вузов из разных городов России и СНГ. В ходе занятий I ступени участники получают представление об особенностях психологической помощи людям в ситуации онкологического заболевания, осваивают базовые навыки помогающего взаимодействия с пациентами на раз-

ных этапах заболевания, с их родственниками и сотрудниками онкологических медицинских учреждений. Проводится самодиагностика мотивов участия в данной программе. В программе рассматриваются актуальность работы онкопсихолога, базовые представления об онкологических заболеваниях. Особое внимание уделяется помощи людям в ситуации паллиативного этапа заболевания. В ходе работы предусмотрены интроспекция и проработка собственных переживаний участника. II ступень предусмотрена для специалистов, активно практикующих в области онкологии. Проводится супервизия случаев из практики работы участников. В результате обучения участники могут развить собственные консультативные навыки, освоить тактику поведения в типичных ситуациях помогающего взаимодействия с пациентами и их родственниками, разобраться с собственными блоками и сопротивлениями, повысить эффективность своей практики.

1.4.4. Курс онкопсихологии на кафедре психологии в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова»

В 2022 году образована кафедра психологии в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. В ординатуре представлен электив «Основы онкопсихологии». В методической литературе представлена дисциплина «Психология болезней с витальной угрозой», в рамках которой существует блок «Онкопсихология».

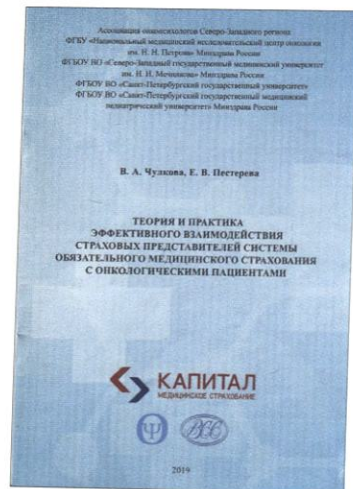
1.4.5. Курс онкопсихологии в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова»

Курс по онкопсихологии в отделении дополнительного образования учебно-методического центра НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова (руководитель – кандидат медицинских наук, доцент М. В. Рогачев) проводится с 2012 года по настоящее время. Этот курс рассчитан на клинических психологов и врачей онкологов, которые хотят получить образование по онкопсихологии. Также подготовку получают медицинские сестры, повышающие свою квалификацию. Слушателями курса являются специалисты как из Санкт-Петербурга, так и из других городов страны.

1.4.6. Курс онкопсихологии для страховых представителей системы ОМС

В современном мире правовые и этические вопросы заболевшего человека уже не решаются исключительно внутри профессионального медицинского сообщества. К их решению привлекаются специалисты, которые представляют и выражают интересы пациента и его близких. Одними из таких специалистов являются страховые представители системы ОМС (обязательного медицинского страхования).

Страховой представитель является посредником между системой здравоохранения и пациентом. Он информирует человека в ситуации заболевания о его правах



Пособие «Теория и практика эффективного взаимодействия страховых представителей системы ОМС с онкологическими пациентами». 2017

пациентами». В пособии кратко и четко были сформулированы базовые представления об онкопсихологии и навыках коммуникации. Кроме того, в пособие были включены ответы на вопросы страховых представителей, заданные ими на конференции. Ответы были проиллюстрированы примерами конкретных ситуаций.

Данное пособие было распространено среди страховых представителей системы ОМС по всей стране.

1.5. Семинар по вопросам онкопсихологии на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ | 2010 г.

Сегодня в нашей стране онкопсихология проходит этап становления. Практикующие медицинские психологи нередко оказываются один на один с необходимостью определения своих функциональных обязанностей и профессионального места в медицинской среде. Онкопсихолог сталкивается с такими интенсивными переживаниями и психологическими проблемами онкологических больных, которые не всегда могут быть понятны окружающим. Кроме того, в ситуации онкологического заболевания у психолога актуализируются собственные личные и экзистенциальные проблемы, требующие внимания и проработки.

Коллеги, успешно консультирующие в других областях, зачастую ошибочно воспринимают онкопсихолога как «очень мужественного человека». Объективные трудности контакта с пациентом в ситуации онкологического заболевания уси-

и защищает эти права. Одной из основных компетенций страхового представителя является владение профессиональными психологическими навыками взаимодействия с человеком в ситуации заболевания. Отсутствие эффективного взаимодействия чревато усугублением неблагоприятного положения человека, снижением доверия к медицине и качества функционирования общества в целом.

В 2017 году была проведена конференция страховых представителей, посвященная проблемам и трудностям их взаимодействия с онкологическими пациентами и их родственниками. На конференции возникли вопросы подготовки страховых представителей системы ОМС в области онкопсихологии, в результате их осмысления онкопсихологам поступил запрос на написание соответствующего пособия.

В этом же году было опубликовано пособие: «Теория и практика эффективного взаимодействия страховых представителей системы ОМС с онкологическими па-

циентами». В пособии кратко и четко были сформулированы базовые представления об онкопсихологии и навыках коммуникации. Кроме того, в пособие были включены ответы на вопросы страховых представителей, заданные ими на конференции. Ответы были проиллюстрированы примерами конкретных ситуаций.

Данное пособие было распространено среди страховых представителей системы ОМС по всей стране.

Целью проведения семинара являлось объединение и поддержка психологов, работающих в различных онкологических учреждениях Санкт-Петербурга. Его основными задачами были повышение профессиональной компетентности онкопсихологов, а также формирование у тех психологов, которые в онкологии не работают, адекватного представления об онкологических больных и специфике работы с ними и их родственниками. Первая семинарская встреча состоялась в конце 2010 года.

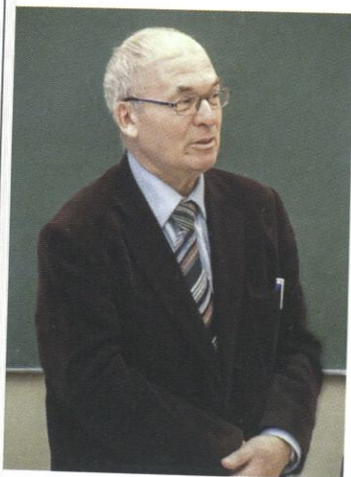
Организатором и бессменной ведущей семинара выступила доцент указанной кафедры психологии СПбГУ, доктор психологических наук, профессор психологии СПбГУ им. И.И. Мечникова Валентина Алексеевна Чулкова. Каждый семинар готовился ею очень тщательно. Выбиралась актуальная тема, интересные материалы, происходил поиск специалиста, способного наиболее полно ее представить. Возможность выступить получали как приглашенные именитые профессора факультета психологии СПбГУ, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, других медицинских ВУЗов города, так и аспиранты, и студенты кафедры, а также медицинские психологи Санкт-Петербурга, которые делились своим опытом работы с пациентами, находящимися в кризисных ситуациях. О проведении предстоящего семинара объявлялось заранее, и присутствовать на нем могли не только онкопсихологи города, студенты и аспиранты факультета психологии, но и врачи и все те, кому интересны проблемы онкопсихологии.

Творческая обстановка доверия, взаимной поддержки, искреннего интереса к опыту коллег была отличительной чертой семинаров. На встречах случались бурные обсуждения докладов, всегда было много вопросов, реакций, эмоций, обмена опытом. Интерес к происходящему был большой, семинар посещали не только психологи, но и преподаватели, врачи. Семинар был таким местом, где



Ведущая семинара В. А. Чулкова

можно было обсудить насущные трудности, возникающие при взаимодействии с онкологическими пациентами и их родственниками, в том числе, собственные экзистенциальные проблемы. Важно отметить, что В. А. Чулкова уделяла очень много внимания молодым специалистам, оказывала им методическое сопровождение, щедро делилась своими материалами, помогала в подготовке докладов. Со временем участники семинара образовали неформальную группу, в которой была возможность обменяться с коллегами информацией, получить помощь в организации исследований, запросить и получить порой так необходимую поддержку.



Борис Вениаминович Иовлев.
1936 – 2013



Участники семинара на кафедре кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ.
Иовлев Б. В., Хрусталева Н. С., Пестерева Е. В., Еремина И. А., Богданова Е. И.,
Вагайцева М. В., Маттан В. А.

Огромное значение для семинара имело участие в его работе ведущего научного сотрудника Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, кандидата медицинских наук Бориса Вениаминовича Иовлева. Он считал, что в онкопсихологии присутствуют и социальная психология, и возрастная, и семейная, и другие направления психологии. Борис Вениаминович поддерживал развитие семинара, его выступления, всегда доброжелательные, но нередко и полемические, создавали особую атмосферу семинара. Психологическую поддержку Бориса Вениаминовича ощущал каждый участник семинара, многим он помог в становлении в своей профессии. Нам его очень не хватает. И мы благодарны судьбе, что у нас в жизни была встреча с Борисом Вениаминовичем.

Семинар проходил раз в один или два месяца по пятницам с 18:30 до 20:30 на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ. Семинары проводились в форме сообщения с дальнейшим обсуждением или в формате круглого стола. С докладами выступали участники семинара и профессора университета – доктор психологических наук В.Н. Куницина, доктор медицинских наук В.А. Абабков, доктор культурологических наук О.И. Даниленко. Среди выступающих также были врачи-онкологи: генетик – доктор медицинских наук, профессор, чл.-кор АНМ РФ Е.Н. Имянитов, иммунолог – доктор медицинских наук, профессор Е.А. Балдуева, химиотерапевт – доктор медицинских наук, профессор М.М. Константинова.

Также выступила зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ, доктор медицинских наук, профессор Г.Л. Микиртичян. С сообщениями выступали практикующие психологи из различных учреждений города: НМИЦ им. В.М. Бехтерева, Института психотерапии и консультирования «Гармония», НИИ радиологии «РНЦРХТ», Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой и др. Темы семинаров были самые разнообразные, с их перечнем, раскрывающим содержание этих обсуждений, можно ознакомиться в Приложении, например, такие: «Психологические ресурсы преодоления кризисных ситуаций», «Психологическая помощь онкологическим больным», «Опыт работы с семьями людей с онкологическими заболеваниями», «Общие принципы развития опухолевых процессов», «Иммунная система и рак», «Милосердная основа биоэтики», «Молекулярные механизмы рака». Дважды на семинарах выступали и делились своим опытом переживания болезни онкологические пациенты.

В последние годы работа семинара по онкопсихологии продолжалась, приобретенные на семинарах знания и опыт требовали новых форм работы, участники семинара выступали на различных конференциях, конгрессах и форумах, на которых освещали психологические проблемы в онкологии. Опыт семинара способствовал формированию профессиональной позиции, личностному и профессиональному росту онкопсихологов, их становлению в профессии. Мы считаем, что данная форма объединения психологов отвечала их профессиональным потребностям и способствовала развитию онкопсихологии.

За годы существования семинара были защищены кандидатские диссертации по медицинской психологии Пестеревой Е.В. «Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания» (2011), Васильевой Н.Г. «Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей» (2016), Вагайцевой М.В. «Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения» (2017).

Участники семинара приняли активное участие в написании руководства «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов», которое вышло в 2017 году. Оно вызвало огромный интерес у специалистов и, в связи с этим, было дополнено и переиздано в 2018 г. Рецензенты отмечают высокий теоретико-методический уровень руководства и его практическую ориентацию, широту охвата доказательность и обоснованность результатов исследования и идей авторов [Ивановой В.В., Василенко Т.Д., 2019]. Ознакомиться с полным текстом Руководства можно по ссылке в Приложении.

В сентябре 2018 г. на базе постоянно действующего семинара была организована Ассоциация онкопсихологов Северо-Западного региона. Таким образом, научно-практический семинар по онкопсихологии перерос в Ассоциацию Онкопсихологов. Это событие важно не только для нас, участников семинара, но и для всех онкопсихологов [Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ушакова О.В. и соавт., 2012], поскольку Ассоциация является первым профессиональным зарегистрированным объединением клинических психологов, работающих в онкологических учреждениях России.



На семинаре по вопросам онкопсихологии

Семинар
государс
ун

19 октября 2019 г. Профессор, д. м. н.,
кафедры гуманитарных дисциплин
и биоэтики Санкт-Петербургского
государственного медицинского педиатрического
университета Галина Львовна Микиртичан.
«Милосердные основы биоэтики»



Семинар
професс
опухолев
Минздрава Р

19 ноября 2019 г. Чл.-корр. АМН РФ,
д. м. н., зав. научным отделом биологии
и иммунологии НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова
Евгений Наумович Имянитов. «Новые
представления о раке»



Член-корр

профессор, д. м. н. Евгений Наумович
Имянитов. После семинара. 2019

1.6. От семинара по вопросам онкопсихологии к Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона | 2018 г.

Ассоциация Онкопсихологов Северо-Западного региона была создана на базе постоянно действующего семинара по вопросам онкопсихологии, научным руководителем которого являлась к. психол. н., доцент Валентина Алексеевна Чулкова. С 2010 года семинар на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ стал «кузницей кадров» и местом сосредоточения начинающих онкопсихологов.

С 2011 года участники семинара стали активно привлекаться к оказанию психологической помощи в таких волонтерских и благотворительных организациях как московские «Движение против рака», «Содействие», и участвовать в организованных ими ежегодных съездах и конференциях. В это время зарождалась идея о создании Всероссийской Ассоциации онкопсихологов (BAO). Ожидается, что Санкт-Петербургское сообщество станет филиалом BAO.

В 2013 году в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова впервые прошел курс повышения квалификации по направлению «Онкопсихология» для медицинских психологов. С 2015 года в Санкт-Петербурге началась активная консолидация сотрудников службы психологической помощи онкологическим больным и их родственникам. В 2016 году началась работа по написанию Руководства по онкопсихологии для психологов и врачей-онкологов. К работе над руководством В. А. Чулкова привлекла команду своих учеников и единомышленников. Этот труд был издан в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова в 2017 году, а его дополненный вариант – в 2018 году. В процессе командной работы над изданием было принято решение об учреждении самостоятельного профессионального образования. Маргарита Вагайцева, которая имела опыт открытия и управления организациями, взяла на себя создание Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона.

Учредителями Ассоциации, наряду с В. А. Чулковой, Е. В. Пестеревой и М. В. Вагайцевой, стали самые активные участники семинара, единомышленники и энтузиасты развития онкопсихологии. Первый протокол о намерениях был издан в декабре 2017 года. Его подписали Д. А. Бакун, Е. И. Богданова, Н. Г. Васильева, А. О. Карпов, Е. Ф. Королькова, О. В. Ушакова, С. А. Котлова и О. А. Черненко.

Ассоциация Онкопсихологов Северо-Западного региона была зарегистрирована в Минюсте Санкт-Петербурга в сентябре 2018 года. Первым председателем Ассоциации стала В. А. Чулкова, заместителем председателя – Е. В. Пестерева, исполнительным директором – М. В. Вагайцева, научным секретарем – Н. Г. Васильева.

Ассоциация онкопсихологов – это профессиональное объединение специалистов, оказывающих психологическую помощь людям в ситуации онкологического заболевания. Главной целью ее деятельности является формирование и отстаивание единой научно-обоснованной позиции, составляющей основу профессиональной деятельности онкопсихолога, а также методическая поддержка психологов, рабо-

тающих в различных онкологических учреждениях России. Предметом деятельности Ассоциации являются различные прикладные и теоретические аспекты онкопсихологии, в том числе повышение информированности населения о психологических аспектах онкологических заболеваний, пропаганда основополагающих принципов оказания профессиональной помощи, разработка стандартов в области онкопсихологии.

Вступить в Ассоциацию может клинический психолог, прошедший подготовку по онкопсихологии и работающий с онкологическими пациентами. Прием в Ассоциацию происходит в индивидуальном порядке: кандидат в члены Ассоциации предоставляет соответствующие документы, его кандидатура обсуждается, решение о членстве принимается Советом Ассоциации. Новое развитие работы всех членов Ассоциации лежит современный научный подход к онкологическим заболеваниям, этические ценности и нормы, принятые Ассоциацией.

За годы существования Ассоциации ее членами стали не только многие медицинские психологи, работающие в онкологических учреждениях Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона, но и онкопсихологи других регионов – Москвы, Барнаула, Ярославля, Ставрополя, Тюмени, Волгограда, Йошкар-Олы и других городов России.

Ассоциация является партнером ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ. В 2021 году в НМИЦ онкологии им. Петрова и Хосписе № 1 выпущены Стандарты операционных процедур психологической помощи онкологическим пациентам. Основ-



На конференции «Белые ночи». 2018



На конференции «Белые ночи». 2019



Российский онкологический конгресс. 2020

ным разработчиком СОПов стала М.В. Вагайцева, ее соавтором – член Ассоциации Кристина Орхановна Кондратьева.

Ассоциация активно предоставляет свой опыт на профильных и врачебных конференциях, ее члены являются экспертами общественных организаций, городского Совета по медицинской психологии при Комитете здравоохранения Санкт-Петербурга, читают курсы по онкопсихологии в различных образовательных учреждениях города, включая факультет психологии СПбГУ, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, кафедру психологии Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Институт практической психологии «Иматон».

ГЛАВА II

РАЗВИТИЕ ОНКОПСИХОЛОГИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РАБОТАХ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ОНКОПСИХОЛОГОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА

2.1. Отдельные научно-теоретические аспекты в работе онкопсихолога

2.1.1. Психологическая реабилитация онкологических больных

Ткаченко Г.А., Москва

Несмотря на достижения в лечении онкологических заболеваний, восприятие больными своего диагноза вызывает у них психологический дистресс, так как в обществе до сих пор существует представление о фатальности этого заболевания. Лечение, сопряженное со многими побочными эффектами и функциональными осложнениями, отсутствие гарантии полного излечения, а следовательно, нахождение в ситуации постоянной витальной угрозы – все это ставит вопрос о качестве жизни больных после завершения ими противоопухолевого лечения.

Для максимального восстановления психического состояния больного необходима реабилитация, включающая, в том числе, различные виды психологической помощи: психодиагностику, психологическое консультирование, психологическое сопровождение и др.

Психологическая помощь направлена на адаптацию пациента к ситуации заболевания, восстановление продуктивной социальной активности человека в обществе. Профессиональная психологическая помощь онкологическому больному оказывается медицинским психологом (онкопсихологом), и должна начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться на всех этапах лечения.

В соответствии с приказом МЗ РФ о проведении медицинской реабилитации взрослым (№788н от 31.07.2020) установлено 3 реабилитационных этапа. Однако в онкологии немаловажное значение приобретает этап до начала лечения (этап пре-реабилитации), т. к. непринятие или отрицание диагноза может затянуть начало лечения. Или, начав лечение, пациент может вытеснять из сознания свой диагноз, и периодически нарушать режим лечения, пропуская прием лекарств или выполнение других рекомендаций врача, тем самым снижая эффективность проводимого лечения.

Для организации профессиональной психологической реабилитации рекомендовано использовать трехфазную модель психологической помощи онкологическим больным [Ткаченко Г.А., Пестерева Е.В., 2010]. Именно эта модель учитывает психологические факторы, способствующие принятию диагноза, повышению комплаентности больного, что, в конечном итоге, улучшает его качество жизни.

1 этап. Психологическая задача больного – принятие болезни. Данный этап начинается с момента постановки диагноза и является наиболее сложным как для пациента, так и для онкопсихолога из-за выраженной реакции на болезнь и переживания тревоги и страха за будущее.

Задача психолога на данном этапе – создать «безопасные» условия для выражения негативных эмоций, разрушительных чувств, вызванных ситуацией заболевания. Это позволяет снизить психоэмоциональное напряжение, уменьшить риск психической травмы и изоляции больного. Невыраженные чувства переходят во внутреннее напряжение, которое в дальнейшем приводит к развитию нервно-психических расстройств. В этой ситуации нужно дать понять больному, что все его чувства нормальны, стимулировать выражение эмоций, обеспечивая его поддержкой и психологическими ресурсами, необходимыми для дальнейшего длительного лечения.

На данном этапе рекомендуется использовать такие методы психологического воздействия, как кризисная интервенция, навыки активного слушания, техники арт-терапии.

Построение доверительных отношений с онкологами является одним из ключевых моментов работы психолога в онкостационарах, особенно на данном этапе. Нередко врачи вовлечены в процесс обследования больного, недостаточно уделяют внимания его переживаниям, поэтому пациент не всегда может получить своевременную психологическую помощь. Пока больной обследуется, онкопсихолог, используя методы краткосрочной психотерапии, может помочь ему справиться с шоковым состоянием и проработать острую травму. В процессе совместной работы больной принимает ситуацию болезни на когнитивном и эмоциональном уровнях. Это способствует выработке у него более адаптивных форм поведения, повышению мотивации к лечению, к выздоровлению.

2 этап. Психологическая задача больного – адаптация к заболеванию. В результате формирования адекватного отношения к болезни пациент адаптируется к ситуации и начинает осознанно управлять своим психическим состоянием и настроением в процессе лечения, у него появляется ответственность за свою жизнь и здоровье.

Часто тревога, связанная с физиологическими нарушениями после оперативного лечения, сопровождается вегетативными нарушениями, инсомнией, что расценивается пациентами как осложнения и снижает их комплаентность вплоть до отказа от дальнейшего лечения. Онкопсихолог может оказать поддержку пациенту и помочь ему психологически подготовиться к операции, химиотерапии, радиотерапии и другим видам лечения.

На данном этапе онкопсихолог может использовать не только индивидуальные методы психотерапии, но и групповые. Групповая терапия направлена на вербализацию негативных чувств и переживаний, что способствует благополучной эмоциональной адаптации. Групповая работа эффективна для решения межличностных проблем, поскольку группа как зеркало, в котором отражаются наши отношения с другими людьми.

Индивидуальная работа со специалистом помогает снять напряжение, тревогу, страхи, связанные с болезнью, проработать чувство обиды, вины, стыда и другие негативные переживания, мешающие лечению. Наиболее эффективным методом, которые можно использовать для достижения этих целей, являются дыхательные техники (например, диафрагмальное дыхание), когнитивно-поведенческая психотерапия, визуализация собственного выздоровления Саймонтона, релаксационные техники, арт-терапия, символдрама. Рекомендуется раскрывание или создание собственных мандал, этот метод не имеет ограничений и противопоказаний, а между тем он высокоэффективен для гармонизации психического состояния, избавления от психотравмирующего опыта [Ткаченко Г. А., 2012].

Когнитивно-поведенческая психотерапия способствует уменьшению психологических и физиологических проблем (тревоги и депрессии, боли, хронической усталости и др.) и широко используется во всем мире [Sheena Daniels, 2015; Sries M., De Vtiefel F., 2018]. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой интеграцию когнитивного и поведенческого подходов. Главная задача когнитивной терапии – научить человека выполнять следующие операции: отслаивать свои негативные автоматические мысли; выявлять и изменять дезорганизирующие убеждения, ведущие к искажению жизненного опыта.

Поведенческие техники, как один из компонентов терапии, включают в себя методы саморегуляции, к которым относятся релаксация, приемы медитации, позитивное воображение и др. Релаксация снижает уровень тревоги, депрессии, повышает стрессоустойчивость. Медитации на расслабление очень полезны, они снимают мышечные блоки, улучшая физическое и психическое состояние.

Работа с воображением основана на смене отрицательного образа на положительный, что оказывает релаксирующее действие. Она проводится с целью отвлечения внимания пациентов от болевых или других неприятных ощущений, связанных, например, с прохождением сеанса химиотерапии.

Для нормализации тревоги, улучшения физического состояния рекомендуется метод прослушивания записей звуков природы по специальной программе, предложенной известным психотерапевтом А. В. Гнездиловым [Гнездилов А. В., 2002].

Психолог сопровождает пациента на всех этапах лечения, оказывает ему необходимую эмоциональную поддержку и поддерживает в нем мотивацию на борьбу с болезнью.

Психологическая помощь заканчивается вместе с завершением лечения, если больной проработал психическую травму и успешно адаптировался в социуме. Но часто психологическая помощь продолжается и после завершения лечения. После выписки психологическая помощь направлена, с одной стороны, на восстановление физической активности, возвращение к профессиональной деятельности (если нет медицинских противопоказаний). Здесь эффективны методы рациональной терапии, поддерживающая групповая терапия. С другой стороны, психологическая помощь направлена на работу с семьей: проводится семейное консультирование и психотерапия с использованием психодрамы, гештальт-терапии.

В этот период важнейшим фактором, способствующим благоприятной адаптации больного, является семейная поддержка. Возвращение в семью может усугубить психическое состояние больного, если поведение близких людей не отвечает его ожиданиям. При неадекватном отношении к нему пациент оказывается изолированным от семьи и расширенного круга общения, изменяются его отношения с людьми. Пациент оказывается в условиях социальной депривации. Чем больше больной будет вовлечен в обычную жизнь, тем качественнее она будет [Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А., 2016]. Окружающим важно быть естественными, говорить с пациентом о его страхах, переживаниях, только так можно помочь и поддержать его.

3 этап. Этап характерна для больных, которые переживают онкологическое заболевание как кризис. Психологическая задача больного – изменение личности. На этом этапе психологическая помощь направлена на самореализацию, она наиболее длительная. Психолог может использовать образные техники, позволяющие человеку развиваться, меняться, способствовать его личному росту. Но основными методами, безусловно, становятся экзистенциальная терапия, логотерапия, когнитивно-поведенческая терапия. Эффективны методы групповой терапии, которые оказывают существенное влияние на эмоциональную сторону личности, так и на ее экзистенциальную определенность смысла жизни, страх смерти, зависимые отношения, проблемы одиночества.

Психологическая помощь в рамках реабилитации качественно меняет жизнь больных. Повышается их социальная активность, обретаются новые жизненные ценности и смыслы, улучшается качество жизни.

2.1.2. Скрининговая оценка уровня переживания онкологических пациентов

Чулкова В. А., Вагайцева М. В., Кондратьева К. О.,
Пестерева Е. В., Санкт-Петербург

В 2016 году психологами НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (ныне НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова) с целью выделения групп онкологических больных, наиболее нуждающихся в психологической помощи, было проведено исследование уровня переживаний, отражающегося в эмоциональном напряжении, у пациентов, находящихся на этапах диагностики и госпитализации в стационар. Данные этапы течения заболевания были выбраны не случайно, так как для онкологических больных они являются психологически трудными: в это время происходит информирование больного о злокачественном заболевании и необходимости подвергнуться длительному и агрессивному лечению. Этот период очень важен для дальнейшей психологической адаптации пациента.

Основой исследования являлась методика самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS): на вертикальной шкале, выпущенной в виде условного «градусника», пациенты самостоятельно отмечают субъективно оцениваемый ими уровень своего дистресса в связи с онкологическим заболеванием и изменениями, связанными с заболеванием [Холланд Дж., М. Ватсон М. 2013]. Максимальный уровень оценки равен восьми, минимальный равен нулю.

В модифицированной нами «Шкале самооценки интенсивности переживаний» термин «дистресс» был заменен термином «переживание», который показывается более соответствующим нашему подходу и задачам исследования. В нашем варианте Шкалы больные должны были оценить уровень своих переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними. Показатели от 1 до 6 баллов считались относительно нормативными в ситуации лечения онкологического заболевания, в том числе, при оценке от 1 до 4 баллов – пациент способен управлять своими переживаниями самостоятельно или при поддержке близких. Оценка 5–6 баллов – переживания пациента могут уменьшиться после беседы с врачом. Оценка 7 баллов и выше указывала на уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения, в этом случае необходима консультация психолога. Показатель «0» свидетельствовал о латентной (скрытой) депрессии или вытеснении негативных переживаний в связи с онкологическим заболеванием, что является фактором высокого риска дезадаптации, при оценке «0» баллов также необходима консультация психолога.

Нами было обработано 4113 бланков, из них 2113 бланков пациенты получили в консультативно-диагностическом отделении и 2000 – при госпитализации в стационар. В ходе исследования сопоставлялись данные между группами пациентов, разделенных по признакам амбулаторного и стационарного лечения.

Как показало проведенное исследование, и на диагностическом этапе, и на этапе госпитализации в стационар, наибольшее число пациентов, оценивающих свои переживания в 7 и выше баллов, приходилось на группу больных раком молочной железы. Иначе говоря, больные раком молочной железы более других других нозологий осознавали свое напряжение и отмечали свою потребность в психологическом сопровождении во время лечения.

Результаты исследования уровня переживаний (эмоционального напряжения) у пациентов консультативно-диагностического отделения в 41% случаев выявили уровень переживаний, не соответствующий нормативному диапазону (от 1 до 6 баллов). Среди мужчин уровень переживаний, указывающий на уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения, 7 баллов и выше, отметили у себя 66 % пациентов (ср. возраст 56,8 лет). Вытесняют свои переживания 34% мужчин (ср. возраст 51,7 лет), поставивших на шкале «0» баллов. Женщины отметили уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения в 77% случаев (ср. возраст 53 лет). Показатель «0» выбрали 23% пациенток (ср. возраст 52,8 лет).

Результаты исследования эмоционального напряжения у пациентов, госпитализированных в стационар выявили, что 34% больных отмечают сильный и сверхсильный уровень переживаний в связи с болезнью (от 7 баллов и выше), 10% пациентов отмечают свои переживания по поводу болезни (0 баллов).

Среди мужчин сильный и сверхсильный уровень эмоционального напряжения (7 баллов и выше) отмечают 60% больных, и 40% больных вытесняют свои переживания (0 баллов); средний возраст мужчин с уровнем переживаний вне нормы – 54,7 лет. Среди женщин уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения отмечают 82% пациенток, и 18% пациенток отмечают нулевой показатель переживаний. Средний возраст женщин с уровнем вне нормы – 51,7 лет. Таким образом, мужчины реже женщин признают высокий уровень эмоционального напряжения и в большей степени осознают свое эмоциональное состояние, либо вытесняют его.

Проведенное исследование оценки переживаний пациентов дало возможность оценить уровень эмоционального напряжения, возникший в связи с болезнью, и выделить группу нуждающихся в экстренной психологической помощи. Практика показывает, что экстренная психологическая помощь, осуществляемая на отделениях, позволяет в достаточной степени снизить эмоциональное напряжение пациентов. Таким образом, шкала самооценки интенсивности переживаний может быть рекомендована для использования в целях первичной диагностики психического статуса онкологических больных.

Шкала самооценки интенсивности переживаний онкологического больного. Чулкова В. А., Вагайцева М. В., Кондратьева К. О., Пестерева Е. В. – см. Приложение 3

2.1.3. Психологическое сопровождение адаптации пациентов к ситуации онкологического заболевания с позиции смыслоцентрированной логотерапии В. Франкла

Димова В. Н., Ярославль

В связи с ростом выявления онкологических заболеваний в современном мире все больше внимания уделяется вопросам адаптации пациента к ситуации онкологического заболевания, максимально сохранной для его психического здоровья. Многие делается в этом направлении с опорой на развитие медицинской науки, открытие новых современных методов лечения и диагностики заболеваний. Однако для онкологических больных высокая психоэмоциональная нагрузка сохраняется, что делает актуальным участие онкопсихолога в процессе поддержки пациентов, их ближайшего окружения и медицинского персонала.

Активное развитие направления уже накопило и внедрило в практику немало опыта, методов и технологий поддержания пациентов в процессе лечения. Применение грамотно адаптированных к специфике онкологических заболеваний подходов из различных направлений психологии, в том числе экзистенциального, значительно расширяет возможности и повышает эффективность работы онкопсихолога.

Основы известного логотерапевтического подхода Виктора Франкла широко используются в мировой практике работы с пациентами, имеющими заболевания различных этиологий. Эффективность этого подхода отмечена и при работе с онкологическими пациентами. При сопровождении пациентов в рамках логотерапии мы часто уделяем внимание двум важным аспектам: восприятие жизни с позиции судьбы и свободы и опора на «здоровую часть».

Разделение в сознании пациента восприятия жизни с позиции судьбы и свободы. Ситуация онкологического заболевания обостряет, делает актуальным понимание конечности жизни человека, что очень пугает пациента, приводит к тяжелым эмоциональным переживаниям.

Возникшее заболевание относится к судьбиной части жизни пациента, с чем уже случилось, и изменить или предотвратить это событие мы не в силах. Однако пациент может достаточно много времени посвящать обдумыванию вопросов: «За что? Почему? Кто виноват? Что надо было сделать?» Это мысленное погружение может занимать все его жизненное пространство, сопровождаться тяжелыми эмоциональными переживаниями, отчаянием, нарушениями социальных контактов, и приводить к эмоциональному истощению, нарушениям сна и риску развития депрессивных состояний.

Очень важно переключать пациента, не погружать в эти состояния, учить его разделять внимание на то, что нельзя изменить, и на реальные вызовы и задачи сегодняшней ситуации. Это свободное пространство пациента, где он может

выбирать возможности и принимать решения. Здесь пациент становится действующим, а не пассивным, как в прошлом варианте размышлений на тему того, что уже нельзя изменить. Реальные задачи требуют внимания и активности, они могут дать результат и быть эффективными в борьбе с заболеванием, могут улучшить качество жизни пациента в текущей ситуации.

В своей работе мы часто сталкиваемся с ограниченностью энергетических возможностей, эмоциональной и физической истощенностью наших пациентов. Но настроенный на реальность пациент может хвататься за любые возможности, не проводя доскональной оценки их реальной необходимости и своевременности. Поэтому к активности пациента мы тоже должны подходить осознанно. Важно сделать не все возможное, а лишь то, что будет иметь смысл в данной ситуации. Например, есть возможность продать квартиру и машину, уехать за границу, однако будет ли это иметь смысл, если в России с этим заболеванием тоже неплохо справляются? Стоит ли необдуманно бесконечно менять врачей и клиники, искать нетрадиционные методы лечения? Часто у пациента есть множество возможностей, но если они будут взвешены, то их количество сократится, силы будут распределены, реализация будет более удовлетворяющая.

Опора на «здоровую часть». В процессе лечения, борьбы с заболеванием, пациент очень много времени проводит в пространстве тяжелых состояний и переживаний. Он находит свои ограничения в физической, эмоциональной, социальной, профессиональной областях, что снижает его самооценку, ведет к ощущению потери перспектив и бессмысленности дальнейшего существования.

Поэтому обновление смысла и развитие ресурсных, энергетических состояний очень важно. В позиции логотерапии у человека всегда остается здоровая часть, физическая, эмоциональная, социальная и/или духовная. Поэтому кроме ограничений, которые имеются у пациента, важно обращать внимание и уделять время на обнаружение того, что осталось не затронуто болезнью, что еще сохранно, в чем еще могут содержаться осмысленные возможности для пациента. Например, любовь близких, дружба, любимое увлечение, возможность поддержки других пациентов. Пациент часто транслирует это между строк, важно услышать и постараться усилить эту часть. Например узнав больше подробностей, каждый раз задерживаться в этом месте, или делать это регулярно, пациент сам начинает уделять данным темам больше времени и внимания, ощущать это состояние как ресурсное, где он еще каким-то образом может себя проявить, создать или оставить после себя что-то важное для мира, близких или других людей. Появляется осмысленное направление активности. Это не обязательно что-то глобальное, это может быть небольшое действие в уникальной ситуации, например, улыбка уставшей медицинской сестры в качестве поддержки.

Когда мы находимся в «здоровой части», усиливаем ее, то мы прерываем поток тяжелых истощающих мыслей об ограничениях, делаем актуальным то, что имеет важность, ценность, то, где пациент, несмотря на все ограничения, может себя проявить. «Здоровая часть» может быть ресурсом для понимания смысла дальнейших усилий и борьбы с заболеванием.

Таким образом, мы не забываем про ограничения, но видим не только их. Усиливая «здоровую часть» мы в некоторой степени не усугубляем «нездоровую». А за счет нахождения осмысленных возможностей достигаем стабилизации эмоционального состояния и повышения психологической устойчивости пациента.

Используя в своей работе эти два аспекта, которые нам предлагает логотерапия В. Франкла, мы можем достичь значительных изменений в состоянии пациента. Пациент получает источник надежды. Возможно, это не надежда на выздоровление, но, по крайней мере, это надежда провести оставшуюся жизнь осмысленно, выбирая свою позицию.

2.1.4. Когнитивная модель адаптации к онкологическому заболеванию

Малышева С. А., Санкт-Петербург

Онкологический диагноз является критическим событием в жизни человека, которое оказывает влияние на все уровни его существования и на его систему взаимоотношений. То, как человек воспринимает диагноз, во многом влияет на психологическое состояние и на способы совладания со сложной жизненной ситуацией, связанной с болезнью.

Когнитивная модель адаптации предполагает значимость реагирования на ситуацию болезни в зависимости от индивидуальных интерпретаций этого стрессового события.

В изучении стрессовой реакции мнение ученых давно основывается на идее, что нужно учитывать не только и не столько характер и силу стрессора, сколько саму реакцию на стресс, которая во многом определяется представлениями человека о самом себе, о мире и людях, его окружающих, а также жизненным опытом человека и индивидуальными особенностями применяемых им копинг-стратегий. Важным аспектом этой реакции является способ, которым человек справляется с возникающими жизненными трудностями, какими правилами и допущениями пользуется, и какое влияние они оказывают на адаптацию в ситуации онкологического диагноза.

Одни допущения могут быть универсальными, другие – весьма личными. Часто люди живут с идеями, что «со мной не может случиться ничего плохого», «в целом мир мне подвластен», «я могу контролировать жизнь». В теории когнитивной адаптации Тейлора (1983 г.) исследовалась гипотеза о более высоком уровне приспособления в ситуации серьезных жизненных перемен (в том числе связанных с болезнью) при наличии более позитивных убеждений («иллюзий»). Безусловно признавалось, что психотравма оказывает серьезное влияние на изменение мировоззрения в негативную сторону. Однако адекватное восприятие реальности, где осознается вся серьезность заболевания и его последствий, предполагает более эффективное управление процессом лечения, где от своевременности принятия решений может зависеть прогноз заболевания. С другой стороны, нельзя не

принимать во внимание, что одним из механизмов адаптации к болезни является стадия агрессии, которая как раз помогает консолидировать ресурсы и перенаправлять внимание на то, что я могу контролировать. Это отчасти восстанавливает «базовые иллюзии», помогая справляться с хронической неопределенностью в ситуации онкологического заболевания.

«Индивидуальное осмысление диагноза – важный фактор в определении способа адаптации к нему» (С. Мури, С. Грир).

Диагноз рак может быть воспринят как «вызов», и тогда стиль адаптации будет центрированным, а фокусировка внимания пациента сосредоточена на том, что он может взять под свой контроль. Такой стиль адаптации можно охарактеризовать как «боевой дух» (Stirling Moorey). На уровне когнитивных установок в таких мыслях как «я что-то могу контролировать», «мне бывает сложно справиться», «если есть проблема, я ищу варианты ее решения».

Когнитивная модель адаптации к диагнозу может быть представлена как «угроза», стиль адаптации тогда будет связан с «тревожной озабоченностью» (Stirling Moorey), а мысли будут отражать тревогу и обеспокоенность: «я не знаю, смогу ли я справиться», «вдруг станет хуже», «если лечение не поможет».

Онкологический диагноз может восприниматься как «потеря или поражение» (Stirling Moorey). В таком случае мысли: «никто не может это контролировать», «я ничего не могу сделать», «нет смысла продолжать», будут отображать стиль адаптации «беспомощность/бездарность». А идеи «все в руках Бога или врача», «я пожалею, что не сделал этого раньше» – характерны для концепции «фатализма».

Исследования показывают, что пациенты, которым свойственны такие стили адаптации как «тревожная озабоченность» и «беспомощность-бездарность», испытывают большее влияние эмоционального стресса, чем те, которые воспринимают болезнь как вызов.

Различные стили адаптации либо позволяют эффективно справляться с ситуацией, либо мешают данному процессу, тогда мы можем говорить о риске возникновения коморбидных расстройств.

Если пациент не справляется с ситуацией болезни, то он может попасть в «ловушку порочного круга мыслей, чувств и поведения» (Stirling Moorey). Такое восприятие может привести к дисфункциональному поведению, следствием которого часто является подтверждение первоначальной негативной оценки. То есть то, во что верит пациент, скорее всего найдет свое подтверждение. Это может негативно влиять на то, как человек проживает ситуацию болезни, как справляется с лечением, поэтому задачей специалиста психолога будет разорвать порочный круг.

Когнитивная модель адаптации к онкологическому диагнозу во многом будет обусловлена self-схемой, то есть когнитивной схемой, свойственной для данного конкретного человека. Self-схема является набором представлений человека о себе, окружающем мире и других людях. Эти представления могут быть актив-

ными, а могут быть дремлющими. Онкологический диагноз рассматривается как критическое событие, оно может активизировать негативные когнитивные схемы, которые будут мешать процессу адаптации к изменившимся условиям жизни.

Не все убеждения человека носят негативный характер. Поэтому в когнитивной модели адаптации эффективно использовать положительный жизненный опыт пациента: как он раньше справлялся с трудностями, на какие идеи он опирался, какими эффективными способами совладания пользовался. Это помогает найти опору на личностный ресурс пациента, в том числе, использовать убеждения: «я умею справляться со сложностями», «я могу просить помощь», «я не так беспомощен перед лицом болезни». Глобально подходы помогают сформировать идею «болезнь не может забрать все». Подобные убеждения высвобождают достаточно места для формирования активной позиции в решении вопроса по здоровью и вообще по отношению к жизни, какой бы срок ей не был отпущен.

2.1.5. Мифологическое мышление в онкологической практике

Васильева Н. Г., Санкт-Петербург

Под мифологическим мышлением принято понимать мышление архаическое, свойственное первобытному человеку, его еще можно обозначить как мифологическое (но не алогическое). Можно было бы предположить, что в современном мире, особенно в науке, медицине, мы будем иметь с ним дело лишь в отдельных ситуациях, например, у пациента с магическим мышлением в структуре психологического синдрома. На самом деле мифологическое и традиционно противопоставляемое ему понятийное, логическое мышление существуют в нашей культуре параллельно. Наш мифологический уровень активно задействован в таких областях как реклама и политика, но особенно там, где речь идет о нашей жизни, безопасности, здоровье, т. е. в медицине.

Обозначим некоторые особенности мифологического мышления, которые будут нам важны для понимания контекста взаимодействия основных участников лечебного процесса, а именно, специалиста и пациента. На этом уровне мышления и эмоциональная сфера четко не отделены, все воспринимается конкретно, чувственно, порождая самые различные образы. Мифологическое мышление метафорично, оно оперирует образами, и эти образы (например, болезнь) наделяются человеческими качествами: чувствами, характером, волей (злой или доброй). Очень важным для нас свойством мифологического мышления является его нечувствительность к противоречиям поскольку оно не опирается на логику. Для него характерно наличие мифологического «начала», времени, когда все было не так, как сейчас. Причинно-следственные связи подменяются событием, случаем в прошлом, отсюда следует, что причину заболевания нужно искать в событиях, происходивших в момент его возникновения, создается символический смысл произошедшего. Мифы

всегда имеют выход на уровень практических действий. Полученные в мифе объяснения следует применить в специальных ритуалах, отражающих его содержание.

Неспособность провести различие между естественным и сверхъестественным, безразличие к противоречию, слабое развитие абстрактных понятий, чувственно-конкретный характер, метафоричность, эмоциональность – все это свойства мифологического мышления.

Миф – это сводящий всем без исключения людям уровень сознания, обеспечивающий необходимую защиту от множественной неопределенности окружающего мира. Путем осмысливания до понятной целостной картины объясняется мир. Мифам необходима защита создания и сохранения идентичности. Со временем мифы развиваются и сменяются на другие. Из мифа вышли современная наука, искусство и религия. По мнению современных философов, мифы, развиваясь, образовывали группы, а тем самым очередь, близки к тому, что мы называем дискурсом.

Мифологическое сознание не является индивидуальным, оно коллективно разделяемо. Из этого следует, что в обществе могут существовать мифы о причинах онкологического заболевания разной степени логичности и сложности, например, популярный психосоматический миф.

Если в рамках мифологического мышления мы попробуем описать заболевание, мы будем, игнорируя научные факты, искать символический образ и смысл болезни, искать время и условия ее начала, чтобы с помощью соответствующих мифу ритуальных действий «исправить» произошедшее, повлиять на болезнь.

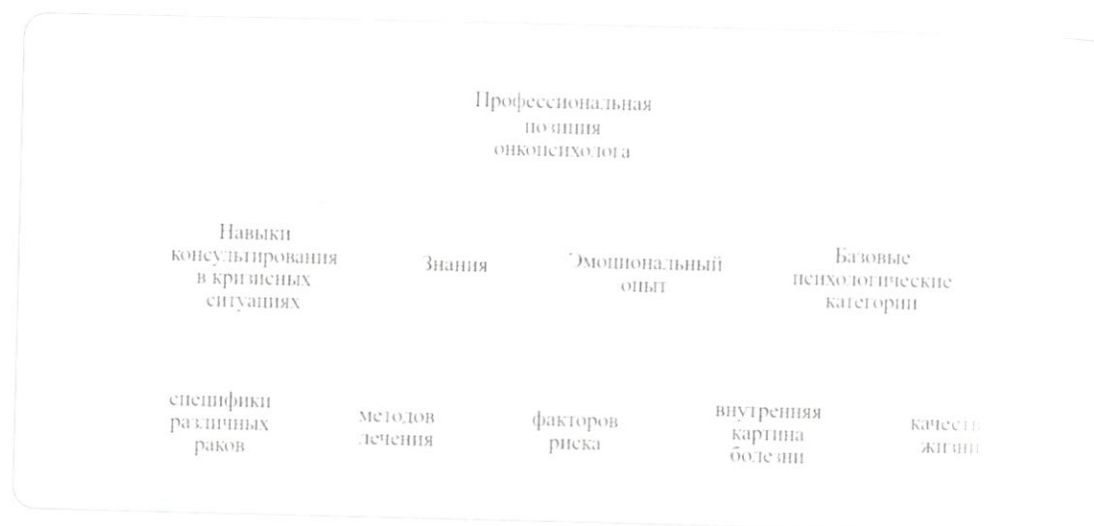
Подытоживая сказанное, заметим, что такие свойства мифа как архаичность, неосознаваемость его мощная защитная, охранная функция, его способность утилизировать тревоги, одновременно, высокая степень искажения реальности сближают его с первичными психологическими защитами. Когда с мифологизацией ситуации болезни мы сталкиваемся у наших пациентов к нам, специалистам, возникает два вопроса. Первый, насколько мы готовы с этим работать, и второй – насколько мы осознаем собственную склонность защищаться от неопределенности, связанной с наличием онкологического заболевания, сходным образом.

Базовая подготовка онкопсихологов включает изучение специфики психологического состояния пациентов на различных этапах онкологического заболевания. Она готовит к возможному регрессу в психике пациента, встрече с его иррациональными, мифологизированными представлениями о своей болезни. Для работы на этом этапе специалисту понадобится способность переносить высокий уровень неопределенности и умение сохранять профессиональную позицию. Излишнее присоединение к позиции пациента не позволит нам быть эффективными в оказании больному психологической помощи.

Уровень эмоциональных переживаний пациента, его ранимость, травмированность предъявляют особые требования к профессионализму онкопсихолога. Ему необходимы знания о специфике различных раков, методах их лечения, факторах риска. С другой стороны, нужен эмоциональный опыт, высокий уровень осознания собственных эмоциональных реакций, готовность работать с экзистенциальными

проблемами. Необходимы развитые навыки кризисного консультирования и практический опыт работы в клинике онкологии, опора на такие категории как качество жизни и внутренняя картина болезни. На последней остановимся подробнее.

В понимании Р.А. Лурии, автора концепции, внутренняя картина болезни – это вся совокупность представлений пациента о своей болезни, она подразделяется на внешнюю и внутреннюю. Под внешней картиной болезни он понимает то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая наблюдение. Под внутренней же картиной болезни – все то, что испытывает и переживает больной.



Основы профессиональной позиции онкопсихолога

К внутренней картине болезни относится представление пациента о причинах заболевания, эффективных методах лечения, оценка им своего состояния, прогноза, телесный образ болезни, ее символический смысл. Как мы обсуждали ранее, эта картина будет в значительной степени построена на мифологическом трактовке болезни, в противоположность внешней картине болезни, созданной врачом в рамках медицинской модели.

Находясь внутри медицинского дискурса [Лебедев В.Ю., Федоров А.В., 2014] мы можем отметить его важную особенность, а именно – неравнозначность позиций ролей участников коммуникации в системе врач-пациент, которая чревата возникновением коммуникативных барьеров.

Внутренняя картина болезни, созданная пациентом и внешняя, врачебная никогда не совпадают, поскольку возникают в разных смысловых полях, дискурсах, мифологических системах. Это второе противоречие, которое атрибутировано коммуникативной системе врач-пациент.

Как отмечалось, психосоматический миф очень популярен. Анализируя актуальные научные публикации, посвященные проблеме психосоматических соотношений, мы можем увидеть, что, несмотря на разработанность проблемы и ее исклю-

чительную сложность, мы снова и снова возвращаемся к простым идеям почти 100-летней давности. Причинно-следственная связь между стрессом и возникновением соматического заболевания, существование органа-мишени, профиля психосоматической личности не доказаны. Но упорство в отстаивании приоритета психологических детерминант некоторых соматических заболеваний, по-видимому, имеет более глубокие корни, чем попытка психологизации клинической картины. Тенденция расширять список этих заболеваний захватывает новые регистры, например, серьезные нарушения поведения или онкологию.

На примере психологизации онкологического заболевания попробуем ответить на два вопроса. Почему онкологические пациенты, осмысливая причины своего заболевания, зачастую обращаются к эмоциональным потрясениям, утратам, конфликтным отношениям, предшествующим установлению диагноза? И почему в результате осмысления своего личного опыта работы с онкологическими пациентами снова и снова появляются специалисты, склонные игнорировать современные знания об этиопатогенезе различных онкологических заболеваний, продолжающие в своей практической работе использовать представления о психосоматической природе рака. Эти вопросы взаимосвязаны и крайне важны, поскольку иррациональные представления психологов об этиологии рака крайне затрудняют взаимопонимание с врачами-онкологами, снижают авторитет нашей специальности и, в конечном итоге, не позволяют реализовать в полной мере мультидисциплинарную модель оказания помощи онкологическим пациентам.

Посмотрим на проблему с точки зрения пациента. В исследованиях больных раком спрашивали о причинах заболевания как они их понимают. От четверти до более чем половины опрошенных среди таких факторов риска как наследственность, вредности, психологические нарушения, травмы, назвали причины психологического свойства: чрезмерное нервное напряжение в течении жизни, утрату близкого человека, стресс. 63,4% пациенток с онкогинекологическим раком считали, что причины болезни у них носят психогенный характер и связаны со стрессами, переживаниями семейными конфликтами. 29% больных раком легких полагали, что возникновение заболевания как-то со стрессом, нервным напряжением в течение жизни. По мнению 26,8% пациенток с раком молочной железы причиной болезни было чрезмерное нервное напряжение в течение жизни [Беляев А.М., Чулкова В.А., Пескова Е.В. и соавт., 2018].

В большинстве своем для онкологических пациентов характерно стремление сохранить прежнюю идентичность. Они не чувствуют себя больными до обнаружения у них опухоли, не считают себя больными и не обращают внимания на признаки болезни, а порой они их даже игнорируют. Если сопоставить эти наблюдения, мы увидим, что те же самые пациенты, которые после получения диагноза сообщают психологу о высоком уровне дистресса в анамнезе, до момента сообщения о заболевании раком успешно справлялись с этим дистрессом, не переживали его интенсивно, не ощущали. По-видимому, так может проявляться реакция личности пациента на получение диагноза, на болезнь.

Сообщение о заболевании раком всегда является неожиданным и вызывает у пациента психологический шок. Актуализируются психологические защиты, по-

звляющие личности сохранить собственную целостность. Они будут работать в течение всего периода психологической адаптации заболевшего человека к процессу коррекции его отношений к болезни и лечению, создания внутренней картины болезни. Отмечено, что по мере осознания злокачественности болезни пациенты в большей степени начинают говорить о причинах своей болезни, в том числе психологических. По-видимому, это необходимо для становления прежней или формирования новой идентичности. Склонность пациентов к поиску причин болезни в своей личной истории, отношения с другими людьми в значительной степени соотносятся с таким традиционным этапом принятия болезни как гнев.

Иррациональная позиция специалиста в значительной мере может быть объяснена вторичной травматизацией, полученной в процессе работы с пациентами, переживающими ситуацию онкологического заболевания. У онкопсихолога происходит актуализация собственного страха заболеть, утратить контроль над своей жизнью, актуализация страха смерти. Попытка вернуть этот контроль может разрешаться через не вполне осознаваемое желание «вылечить» пациента всеми имеющимися в распоряжении средствами.

Рассматривая проблему с точки зрения специалиста важно отметить, что разделение пациентом и психологом мифа о заболевании, принадлежности к общему коллективному мифу, может облегчать установление контакта с пациентом и имеет значительный суггестивный потенциал. В некотором смысле, специалист должен уметь работать в поле мифа пациента, «говорить» на языке мифа.

Несколько за рамками темы остается возможная коммерческая составляющая создания специалистом привлекательного мифа, обещающего излечение, например, в рамках психосоматической медицины. Зачастую специалисты, использующие психосоматический подход, используют его как объяснительную модель, не делая работая с психологическими реакциями на болезнь, онко-ассоциированными симптомами – депрессией, тревогой, тотальной болью.

Следует подчеркнуть, что современные исследования не подтверждают связь между пережитыми стрессами, чертами личности, тревогой или депрессией с риском развития злокачественной патологии. Эти большие, с десятками тысяч испытуемых, когортные проспективные исследования с продолжительностью наблюдения 6, 8, 9 лет, учитывают выраженность изучаемого фактора и вид рака. Группы в них формируются без участия исследователя, испытуемые здоровы, но имеют один из опытов, таких как стрессовые жизненные события или депрессия. В дальнейшем отслеживается заболеваемость раком в сформированных группах. Полученные результаты подчас парадоксальны, так, в группе женщин, переживших очень сильный стрессовый эпизод, заболеваемость раком молочной железы ниже, чем в группе женщин, чей стресс был умеренной силы [Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В., 2016].

Другая причина, побуждающая специалиста отходить в практике от научного подхода, лежит в переживаемом им глубоком и сложном конфликте между эмоциональным и когнитивным восприятием пациента, его онкологического заболева-

ния. Эмпатийно реагируя на интенсивные эмоции пациента в процессе осознания диагноза, прохождения лечения, онкопсихолог может частично присваивать их и пытаться рационализировать. Возникающие противоречия он может разрешать путем регресса когнитивных представлений. Действительно, упрощенно понятая психосоматическая модель онкологического заболевания, в отличие от сложной и мало понятой модели актуального знания, намного успешнее справляется с задачей снижения собственной тревоги специалиста.

Как отмечает А.Ш.Тхостов [1993], медицинский миф и вытекающий из него ритуал дают возможность больному участвовать в происходящем лечении, представляет язык, на котором можно описать болезненные ощущения, возможность овладеть ими. Специалисту нужно учитывать, что пациент на определенном этапе лечения может нуждаться в мифологизации своей болезни, и не злоупотреблять этим. Напротив, выстраивая терапевтическую коммуникацию мы можем использовать образы языка пациента, задействовать те эмоциональные ресурсы, которыми обладает мифологический уровень мышления.

2. Практические аспекты в работе онкопсихолога

2.1. Роль клинического психолога в реализации биопсихосоциальной модели на отделении реабилитации пациентов онкологического профиля

Мисявичуте Е.С., Санкт-Петербург

Произошедшие в последние десятилетия скачок в методах диагностики и лечения онкологических заболеваний способствует росту выживаемости пациентов, в результате чего вопросы повышения качества жизни пациентов онкологического профиля становятся особо актуальными. В соответствии с инициативой и рекомендациями «Реабилитация 2030» в нашей стране проводится интеграция реабилитационных служб во все уровни системы здравоохранения [Гамеева Е.В., Степанова А.М., Ткаченко Г.А. и соавт., 2024]. В основу реабилитации онкологических пациентов на всех этапах лечения внедряется биопсихосоциальная модель, которая акцентирует внимание на том, что выздоровление пациентов зависит от психологических и социальных факторов не меньше, чем от биологических.

Биопсихосоциальный подход опирается на принципы системности и равнозначности биологической, психологической и социальной составляющих в лечении и реабилитации пациента [Гамеева Е.В., Степанова А.М., Ткаченко Г.А. и соавт., 2024; Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш., 2014]. К биологическому уровню относятся клинический диагноз пациента, степень патологического процесса с точки зрения генетики, физиологии и нарушения функционирования. Под психологической составляющей понимают эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции пациента, их нарушения в ходе лечения и при восстановлении. Необходимо также учитывать социальные, социально-экономические, культурные и микросоциальные факторы, действующие на пациента.

Основная цель реабилитации онкологических пациентов – сохранение, восстановление или (и) компенсация нарушенных (утраченных) функций организма и ограничений жизнедеятельности пациента, качества жизни пациента во время лечения и после достижения ремиссии злокачественного заболевания в долгосрочном периоде. Это осуществляется за счет профилактики, ранней диагностики и коррекции возможных осложнений на фоне лечения основного заболевания [Иванова Г. Е., Аронов Д. М., Белкин А. А. и соавт., 2016].

Онкологические пациенты могут сталкиваться с отдаленными тяжелыми последствиями лечения со стороны разных органов и систем, поэтому поиск эффективных стратегий для профилактики и коррекции осложнений во время и после лечения абсолютно необходим. Таким образом, длительное лечение пациентов требует междисциплинарного подхода. Комплексная пациент-ориентированная реабилитационная программа, включающая физическую терапию, психологическое сопровождение и социальную интеграцию с первых дней лечения, может оказаться эффективным средством, снижающим нежелательные последствия и улучшающим качество жизни пациентов [Ullrich N. J., Embry L., 2012]. Пациенты онкологического профиля, особенно детского возраста, часто сталкиваются с ухудшением когнитивных функций (мышление, внимание, память). Среди возможных причин специалисты называют, в том числе, последствия химиотерапии, лучевой терапии и хирургических вмешательств. Некоторые когнитивные нарушения носят временный характер, другие могут сохраняться в течение длительного времени [Mulhern R. K., Butler R. W., 2004].

Дети с отдаленными последствиями когнитивного снижения чаще сталкиваются с проблемами в школе и имеют более низкие академические достижения. У взрослых пациентов выше вероятность возникновения проблем с трудоустройством, самостоятельной жизнью и развитием социальных взаимоотношений. В связи с этим важной задачей онкопсихолога мультидисциплинарной команды является диагностика и коррекция когнитивных нарушений на всех этапах лечения пациента.

Работа на отделении реабилитации в НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой строится исходя из данной модели и основана на ее принципах: этапность, непрерывность, преемственность, комплексный характер реабилитации, индивидуальный подход к восстановлению утраченных или нарушенных функций [Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шамалов Н. А. и соавт., 2018].

Реализация подхода осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов разного профиля. В ее состав входят врачи, медицинские сестры, медицинские работники с немедицинским образованием и другие специалисты. У нас это врачи физической и реабилитационной медицины, онколог, гематолог, невролог, реаниматолог, кардиолог, хирург; реабилитационная медицинская сестра. А также клинический психолог, медицинский логопед, физический терапевт, методист, инструктор ЛФК, эрготерапевт, педагог, воспитатель и другие специалисты при необходимости [Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шмонин А. А. и соавт., 2016].

Сам пациент и его родственники тоже входят в команду, это помогает им занять

активную позицию по отношению к лечению. В результате укрепляется приверженность пациента к лечению и растет эффективность совместной работы.

В зависимости от периода лечения и состояния пациента специалисты выделяют профилактическую часть, включающую подготовку пациентов к лечению, а также, восстановительную, поддерживающую и паллиативную стадии реабилитации [Кондратьева К. О., Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., 2019].

Комплексная программа реабилитации в НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой предполагает универсальность, ориентацию на пациента, сотрудничество с пациентом, его окружением и мультидисциплинарной командой. Цели, разработанные мультидисциплинарной командой, должны быть актуальные, достижимые, измеряемые, ориентированные во времени и специфичные для конкретного пациента. Оценка динамики процесса реабилитации осуществляется в соответствии с Международной классификацией функционирования (МКФ) с целью демонстрации результатов в ходе работы с пациентом [Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шамалов Н. А. и соавт., 2018; Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шмонин А. А. и соавт., 2016].

Комплексный программный подход к онкореабилитации пациентов включает три важных направления реабилитации: физическую, психологическую и социальную, что позволяет выявлять проблемы пациентов, требующих внимания реабилитационной команды [Кондратьева К. О., Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., 2019]. Психологическая реабилитация подразумевает диагностику психических функций, выявление когнитивного дефицита, в том числе, проблем с памятью, концентрацией внимания, способностью усваивать новые навыки. На этом уровне происходит компенсация эмоциональных проблем, содействие в психологической адаптации к заболеванию и последствиям лечения, формируется приверженность к терапии. Осуществляется нейропсихологическая диагностика и коррекция нарушенных функций.

Концепция организации комплексной медицинской реабилитации требует создания единого реабилитационного пространства как результата координации усилий различных структур по проведению физической, психологической, социальной и педагогической реабилитации пациентов и членов их семей, направленной на социальную интеграцию пациента в общество [Кондратьева К. О., Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., 2019; Ullrich N. J., Embry L., 2012].

В рамках биопсихосоциальной модели основными задачами, решаемыми клиническим психологом на отделении реабилитации в НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой, являются адаптация пациента к условиям стационара, оценка его состояния, готовности к лечению, работа с медицинским персоналом и родственниками. Работа в команде с медперсоналом позволяет давать рекомендации участникам междисциплинарной бригады по специфике коммуникации с пациентом и его родственниками, что способствует их приверженности к лечению. Психолог оказывает психосоциальную и информационную поддержку пациенту и его родственникам, оценивает их психологическую готовность к лечению и к возможным осложнениям после проведенных процедур.

Участие в реабилитационной работе с пациентом предполагает постановку реабилитационного диагноза с использованием доменов МКФ, формирование индивидуальной программы реабилитации, формулирование целей, а также прогноза и оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Психолог занимает активную профессиональную позицию – участвует в жизни психологических сообществ онкопсихологов, пишет статьи, выступает на конференциях, круглых столах.

Специалист выбирает методы диагностики (табл. 1) и коррекции пациентов в зависимости возраста, состояния пациентов и целей реабилитации.

Основные методы, используемые в психокоррекционной работе на отделении реабилитации, детском и подростковом, условно можно разделить на группы: игровая терапия, арт-терапия, поведенческая терапия, социальная терапия, метод замещающего онтогенеза.

С пациентами взрослого возраста коррекционная работа проводится с применением когнитивно-поведенческой терапии, арт-терапии, прямого или опосредованного внушения (суггестивные методы) в индивидуальной и групповой форме. Используются десенсибилизация психологических травм с помощью движения (ДПДП), нервно-мышечная релаксация (метод Джекобсона) и методы отвлечения; БОС-терапия; креативная визуализация образов.

Клинический психолог на отделении реабилитации в НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой проводит профилактику депрессивных и тревожных расстройств в результате чего у пациентов снижается частота осложнений от невыявленной депрессии или тревоги. Включение психолога в мультидисциплинарную команду позволяет уменьшить временные затраты на непродуктивное общение с больными и снизить психологическую нагрузку на персонал клиники. Коммуникация в системе врач-пациент улучшается, пациенты демонстрируют большую приверженность к лечению и, как следствие, эффективность реабилитации повышается. Улучшение психологического климата отражается на снижении количества конфликтов и жалоб от пациентов и их родственников. Все в целом приводит к повышению качества жизни пациентов.

В заключение подчеркнем, что здоровье человека описывается с помощью категорий международной классификации функционирования (МКФ): активность, участие, функции, структуры, факторы среды и персональные факторы. Такой подход дает возможность специалистам различного профиля из разных медицинских учреждений сохранять преемственность реабилитации, реализовать проблемно-ориентированный подход, выявлять ключевые нарушения и подходить к реабилитации целенаправленно.

Восстановление деятельности пациента – основная задача реабилитации, и она не заканчивается с выпиской из клиники. Работа мультидисциплинарной команды продолжается по месту жительства в отдаленных периодах после лечения, так как освобождается реабилитационный потенциал.

Возраст, лет	Уровень развития / когнитивные особенности	Эмоциональные особенности / личностные характеристики
0–3	DSM-5; Денверский скрининговый тест	Клинико-психологическая беседа с родителями; анкетирование
3–7	Денверский скрининговый тест; альбом «Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста» Ж. М. Глозман; Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста Е. А. Стребелевой	Проективные методики Тест «Домики», «Смешные человечки», «Рисунок семьи»
7–11	Цветные и стандартные матрицы Равена, нейропсихологическая диагностика VTS (Vienna Test System) SCHUHFRID; тест Векслера	Проективные методики «Смешные человечки», «Несуществующее животное»; Шкала явной тревожности для детей в адапт. А. М. Прихожан, оценка качества жизни в педиатрии PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)
12–18	Стандартные прогрессивные матрицы Равена, нейропсихологическая диагностика VTS (Vienna Test System) SCHUHFRID; тест Векслера	Шкала явной тревожности для подростков в адапт. А. М. Прихожан; диагностика копинг-механизмов Хайма; личностный опросник Айзенка (EPI); оценка качества жизни в педиатрии PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)
Родители	Монреальская когнитивная шкала (MoCA); нейропсихологическая диагностика VTS (Vienna Test System) SCHUHFRID	Клинико-психологическая беседа; симптоматический опросник SCL-90; диагностика копинг-механизмов Хайма; оценка качества жизни в педиатрии PedsQL
Взрослые, дети старше	Монреальская когнитивная шкала (MoCA); нейропсихологическая диагностика VTS (Vienna Test System) SCHUHFRID	Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS); комплаентность к лечению (MMAS); Опросник качества жизни SF-36

Таблица 1. Методы диагностики, используемые клиническим психологом в практике отделения реабилитации

Наш опыт показывает, что полноценная реабилитация онкологических пациентов невозможна без мультидисциплинарной бригады специалистов, включающей специалистов по реабилитации с немедицинским образованием. Клинический психолог является полноценным участником процесса реабилитации пациента, а соответственно, обладает всеми правами и компетенциями для постановки реабилитационного диагноза. Реабилитационный диагноз, представляющий собой список актуальных проблем пациента, ограничивающих его функционирование, позволяет ставить цели реабилитации и реализовывать индивидуальные программы реабилитации.

2.2.2. Психологическое сопровождение стомированных пациентов

Королькова Е. Ф., Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге, как и во всем мире, наблюдается выраженная тенденция к росту количества людей, перенесших стомирующую операцию, в результате которой кишечник оказывается выведен хирургическим путем на переднюю брюшную стенку. Стоит учесть, что удельный вес рака прямой кишки (заболевание, в основном заканчивающегося наложением стомы) среди вновь выявленных больных составляет около 1000 новых случаев заболеваний ежегодно.

Стомированные пациенты зачастую оказываются неподготовленными к факту операции, ее хирургическим последствиям, так и к последствиям жизнедеятельности со стомой. Принципиальной особенностью этой категории людей является невозможность сохранения привычного образа жизни после операции. В основном причиной стомирующей операции является онкологическое заболевание, что является дополнительным мощным стрессовым фактором для пациента. Нередки случаи полной потери трудоспособности, инвалидизация, что кардинально изменяет социальный статус человека.

Как правило, сразу после операции пациенты растеряны, порой не склонны к общению, чувствуют себя неполноценными, стыдятся своего состояния, большинство не уверены в своих силах, опасаются не справиться с уходом за стомой самостоятельно. Пациентов беспокоит тяжесть предстоящего лечения (химиотерапия), вероятность возникновения ранних и поздних послеоперационных осложнений в перистомальной области, риск рецидива заболевания, возможность реконструктивно-восстановительной операции.

Отделение реабилитации начало свою работу в 1991 году, с 1996 года стало частью Городского клинического онкологического диспансера, с 2003 года стало структурным подразделением ГКОД. В настоящий момент Центр реабилитации стомированных пациентов входит в состав отделения медицинской реабилитации № 15 ГКОД Санкт-Петербурга.

Целью работы Центра реабилитации является социально-психологическая адаптация и медицинская реабилитация людей, перенесших калечащую операцию по наложению стомы (колостомы, уростомы, илеостомы), улучшение качества жизни стомированных пациентов, возвращение их к максимально привычному образу жизни. Задачей реабилитационного процесса является сведение к минимуму осложнений, восстановление активной жизнедеятельности и, если необходимо, трудоспособности пациента.

Работа клинического психолога отделения включает следующие виды деятельности: обучающую, психологическую, культурно-просветительную работу, а также работу по регулированию эмоционального напряжения пациентов, перенесших операцию по наложению стомы в ситуации раннего и отдаленного послеоперационного периода.

С 2005 года эту деятельность организует и координирует психолог Центра реабилитации стомированных пациентов.

Основными направлениями деятельности психолога являются экстренное и плановое психологическое сопровождение, включающее консультирование первичных и повторных пациентов и их родственников, состоящих на учете в Стома-центре. Психолог отделения проводит просветительскую работу, касающуюся информационной и психологической поддержки стомированных пациентов, а также способствует повышению эффективности служебной деятельности сотрудников.

На отделении оборудован кабинет для психологической работы с пациентами, их родственниками и сотрудниками.

В работе с пациентами учитывается влияние различных факторов: особенности личности, темпа течения заболевания и характера, социальное положение (профессиональная занятость), семейное положение, уровень образования и интеллекта, возраст.

Необходимо отметить, что в значительной мере специфику работы психолога определяет тот фактор, что подавляющее большинство пациентов Стома-центра составляют люди пожилого и старческого возраста. Известно, что большинство пожилых людей сталкиваются с болезнями и потерями. При этом круг их общения существенно сужается, а для многих болезни ограничивают возможность пространственного передвижения. Особое значение для пожилого человека приобретает забота и внимание со стороны других людей, будь то родственники или посторонние люди. Удовлетворение потребности в позитивном внимании, когда тебя воспринимают не как проблему, а любят просто за то, что ты есть, позволяет пожилым людям жить реальными переживаниями и ценностями.

Однако запросы наших пациентов не ограничиваются эмоциональными переживаниями в ситуации онкологического заболевания и последствиями калечащей операции. Пациенты разных возрастных категорий, которые находятся в длительной ремиссии, уже социально адаптированы к жизни со стомой, обращаются к психологу за помощью в решении самых разнообразных житейских вопросов. Наиболее актуальны темы сохранения семьи, создания новых отношений, восстановления визуальной активности и деторождения, возможности заниматься спортом, посещения бассейна, авиаперелетов, путешествий, профессиональной занятости в различных профессиях (учителя, врачи, продавцы).

Психологическая помощь включает в себя в первую очередь оказание поддерживающего внимания каждому пациенту и его семье. В ходе первичного общения формируются психотерапевтические мишени, на которые следует в дальнейшем обратить внимание. Психолог выражает готовность к психологическому сопровождению пациента (родственника, семьи) в дальнейшем по запросу последних.

Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от запроса пациента. Особенностью онкологического заболевания и стомирования является протяженность во времени. Обычно пациенты и члены их семьи запрашивают экстренную помощь, в некоторых случаях обращаются за продолжительной терапией.

2.2.3. Основные задачи, решаемые психологом в Онкологической клинике Медицинского института Березина Сергея (МИБС)

Захарова М.Л., Санкт-Петербург

В структуру Клиники радиохирургии, стереотаксической радиотерапии общей онкологии МИБС (Онкологической клиники), входит несколько отделений: отделение нейрорадиологии, отделение лучевой терапии, отделение противопухолевой лекарственной терапии, хирургическое отделение, отделение анестезиологии и реаниматологии, детское онкологическое отделение.

Деятельность онкопсихолога, безусловно, определяется спецификой конкретного отделения, но, независимо от этого, главная цель работы онкопсихолога в клинике – это **профилактика риска дезадаптивного эмоционального реагирования и дезадаптивного поведения на ситуацию заболевания и лечения, а также психологическое сопровождение пациентов с целью успешного прохождения ими лечебного процесса.**

Большинство пациентов в Онкологической клинике получают лечение амбулаторно. С частью пациентов психологическая работа выполняется по запросу пациента или лечащего врача. Содержание запросов пациентов отражает особенности их психического состояния в ситуации онкологического заболевания: тревога за будущее, неопределенность; страх неизвестности; потеря контроля над собственной жизнью; изменение качества жизни; изменения физического тела, угроза физическому телу (снижение энергетического потенциала, болевые ощущения, физические послеоперационные повреждения, последствия медикаментозной интоксикации, побочные явления на фоне получаемой терапии); психопатологическая симптоматика в виде психогенных реакций на заболевание и лечение, а также симптоматика ПТСР, расстройств адаптации; страх и последствия стигматизации; угроза социальной идентичности и самооценке; утрата независимости, автономности; изменение образа жизни, особенностей, направленности и количества социальных контактов; угроза, страх смерти; тревога по поводу прогрессирования заболевания, неэффективности лечения; изменение социальных ролей, оценка роли болезни, причин ее возникновения; пересмотр ценностей и смысла жизни и др. [Горбунова А.В., Захарова М.Л., 2020; Кириллова Л.Ю., Захарова М.Л., 2023].

Онкопсихолог оказывает помощь в принятии изменившейся жизненной ситуации в связи с заболеванием, в разрешении экзистенциальных проблем, что способствует адаптации к ситуации заболевания и лечения. Психологическая поддержка и сопровождение осуществляются на разных этапах заболевания и лечения, они направлены на увеличение комплаентности, приверженности лечению, минимизация ожиданий и переживаний побочных эффектов лечения.

Задачами психологического воздействия являются: редукция нервно-психического напряжения, психопатологической симптоматики, обучение пациента распозна-

ванию своих эмоций, состояния, отношений, мыслей, в том числе и дисфункционального характера; формирование ответственности за свое состояние и свое лечение; расширение ресурсного потенциала – работа над мотивационно-смысловой сферой личности, целями и задачами; расширение социальных связей, включения в пациентские сообщества; помощь в формировании мотивации и восстановлении психической и социальной активности, сознательном участии в реабилитационных мероприятиях.

При проведении психологической интервенции подбор методов и приемов индивидуален, определяется запросом, конкретной ситуацией пациента и может включать приемы разных направлений психологической работы (кризисное консультирование, формирование и психообразование, когнитивно-поведенческая, экзистенциальная, телесно-ориентированная, арттерапия, суггестия и др.).

Лечебный процесс в онкологии представлен тремя основными методами: хирургическим, лучевым и лекарственным. Все три метода реализуются на базе Онкологической клиники.

Хирургическое лечение при онкологических заболеваниях – самый радикальный метод борьбы с опухолями, однако как единственный вид лечения он встречается у небольшого числа пациентов. Гораздо чаще хирургическое лечение злокачественных новообразований сочетается с лучевой терапией, противоопухолевой лекарственной терапией или сразу двумя этими видами лечения. Особенности хирургического лечения, его виды (профилактическая, радикальная, паллиативная, диагностическая или реконструктивная операция), порядок включения в лечебный процесс разных видов противоопухолевой терапии обсуждается, как правило, всеми специалистами, осуществляющими противоопухолевое лечение.

Лучевая терапия (ЛТ) – воздействие на клетки опухоли ионизирующим облучением – осуществляется на отделениях нейрорадиологии и лучевой терапии. Существуют разные виды дистанционной лучевой терапии: радиохирургия, стандартное фракционирование, гипofракционирование, общее облучение. Лечебный процесс осуществляется бригадой специалистов, в состав которой входит медицинский психолог, задачи которого: оценка психоэмоционального и когнитивного статуса пациента, его отношения к болезни, к лечению, к предстоящей процедуре лечения; психологическая коррекция психоэмоционального состояния и отношения к лечению; психологическое сопровождение пациента в процессе лечения с учетом его когнитивных, эмоциональных и личностных особенностей.

Для решения первой задачи используются клиничко-психологическая беседа, наблюдение и психодиагностические методики, выбор которых определяется с учетом возраста и состояния пациента, а также организации плана лечения. Обязательным для всех пациентов при поступлении на лечение является использование «Шкалы тревоги» Гамильтона (HARS). В процессе первичной встречи психолога с пациентом проводится подготовка пациента к процедуре лечения, его консультирование и информирование по запросам, связанным, как правило, с актуальным психоэмоциональным состоянием.

На подготовительном и последующих этапах различных видов ЛТ, учитывая организационные особенности работы, психологическая работа осуществляется чаще всего в рамках краткосрочного кризисного консультирования, при необходимости, в зависимости от особенностей пациента, с использованием методов и приемов экзистенциальной, телесно-ориентированной, когнитивно-поведенческой психотерапии, арттерапии, суггестивных техник.

Исследования особенностей состояния больных перед радиохирургическим лечением на аппарате Гамма-нож, которое проходит в течение одного дня, выявило, что более 60% пациентов имеют выраженное тревожное состояние, еще более 20% пациентов – признаки тревожного состояния. Основные векторы тревоги связаны как с предстоящей процедурой, так и с эффективностью лечения, прогнозами на будущее. Также очень частыми темами для психологической работы являются проблемы принятия заболевания, смысла жизни и смысла болезни, возможных причин болезни, понимания сути всех лечебных мероприятий, возможные семейные и/или финансовые трудности на фоне болезни и лечения [Захарова М.Л. 2019, 2020; Захарова М.Л., Иванов П.И., 2018].

Основные психологические трудности, с которыми мы сталкиваемся перед процедурой на аппарате Гамма-нож: высокая/повышенная тревожность, проявляющаяся как психическими, так и физиологическими эквивалентами; разнообразные страхи (боли, стереотаксической рамки и ее фиксации, медицинских манипуляций, ограничений, прохождения МРТ, замкнутого пространства, радиационного воздействия и др.); когнитивный дефицит; эмоционально-волевые нарушения.

На других радиохирургических и радиотерапевтических аппаратах Cyber-Knife 4G, линейные ускорители Varian TrueBeam STx, Varian Clinac 2100 CD используются для лечения опухолей головного и спинного мозга и солидных опухолей, расположенных в органах и тканях, подготовка к лечению (изготовление индивидуальных фиксирующих устройств, прохождение МРТ и КТ области, в которой расположено новообразование) и его планирование занимают несколько дней. У пациента есть время получить ответы на вопросы, касающиеся процедуры лечения, возможных побочных эффектов и, в случае необходимости, еще до лечения получить необходимую психологическую помощь, если со стороны пациента или со стороны врача поступает соответствующий запрос. Самыми частыми проблемами, непосредственно связанными с процедурой, становятся высокая/повышенная тревога (чаще перед первой процедурой), страх фиксации, страх совершить движения во время лечебной процедуры, тревога или страхи при прохождении МРТ, а также когнитивные нарушения пациента.

Поводом для обращения к психологу как до начала лечения, так и в течение всего курса могут быть экзистенциальные вопросы, связанные с принятием болезни и необходимостью прохождения лечебных мероприятий, смыслом жизни и болезни; страх прогрессирования, развития сопутствующей или побочной симптоматики, страх эпилептических приступов, особенно если они были в анамнезе; разнообразные проявления депрессивной, астенической, фобической симптоматики, а также внутриличностные проблемы, проблемы, связанные со взаимоотношениями с близкими, коллегами или медперсоналом. При длительных формах лечения могут

проявляться снижение мотивации к прохождению процедур, нарастание тревожной, депрессивной или ипохондрической симптоматики, особенно если на фоне терапии возникли ее побочные эффекты (ожоги кожи или слизистых, выпадение волос, астения и пр.).

Противоопухолевая лекарственная терапия (ПОЛТ) объединяет химиотерапию, гормональную терапию, таргетную и иммунотерапию. При работе психолога на хирургическом отделении и отделении противоопухолевой лекарственной терапии основными психологическими задачами являются: психологическое сопровождение при подготовке к операции, а также при подготовке и проведении химиотерапевтического лечения пациентов с онкопатологией с учетом особенностей их внутренней картины болезни, отношения к болезни и лечению, приверженности к лечению, текущего и психоэмоционального состояния и их динамики в процессе лечения; психологическая коррекция психоэмоционального состояния и когнитивных нарушений; решение проблем взаимоотношений и взаимопонимания с лечащим врачом, приверженности к лечению.

Немаловажной задачей в клинике онкологии является работа с медицинским персоналом. Основные ее направления – профилактика и коррекция синдрома эмоционального выгорания, профилактика и помощь в разрешении конфликтных ситуаций, возникающих как между коллегами, так и между специалистом и пациентом и/или его родственниками; а также консультирование по актуальным индивидуальным психологическим вопросам с целью поддержания качества жизни, коррекции психоэмоциональной и поведенческой сферы и поддержания/улучшения работоспособности.

2.2.4. Работа медицинского психолога в многопрофильном клиническом медицинском центре «Медицинский город»

Аминова И.А., Тюмень

Профессиональная деятельность онкопсихолога ГАУЗ ТО Многопрофильный Клинический Медицинский Центр «Медицинский город» направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека в ситуации онкологического заболевания.

Направления деятельности онкопсихолога: психологическое консультирование пациентов и их родственников; психологическое сопровождение пациентов и их родственников во время проведения междисциплинарного консилиума (МДК); психологическое сопровождение пациентов на различных этапах лечения заболевания (проведение психокоррекционных, психопрофилактических мероприятий, направленных на формирование адекватного отношения к лечению; проведение психокоррекционных мероприятий при переводе пациентов на симптоматическое лечение); психологическое консультирование пациентов, отказавшихся от специализированного лечения; психологическое сопровождение паллиативных пациентов (психокоррекция тревожно-депрес-

сивных состояний у больных). Кроме того, онкопсихолог вносит предложения, разрабатывает, согласует и внедряет профилактические проекты, направленные на информированность населения по вопросам психологического сопровождения Учреждения. Осуществляет групповые профилактические мероприятия «Школа здоровья», «Клуб родственников», с целью профилактики снижения уровня стресса у пациентов и (или) их родственников. Проводит профилактику эмоционального выгорания и консультирование медицинского персонала по вопросам психологии профессиональной деятельности (групповое обсуждение с медицинским персоналом трудных случаев взаимодействия с пациентом и его родственником; индивидуальное консультирование медицинского персонала).

В Центре «Медицинский город» работают три психолога. Вся психологическая помощь, оказываемая пациентам и родственникам пациентов, осуществляется бесплатно. Работа проводится в две смены: 1 смена с 08:00 до 16:15, 2 смена – с 12:48 до 20:00. Для проведения амбулаторного приема с 08:00 до 14:00 предусмотрены 2 рабочие субботы в месяц. Основная часть рабочего времени психолога отводится на сопровождение пациентов во время проведения междисциплинарного консилиума (МДК). Консилиумы проводятся в нашем центре ежедневно с 09:00–17:00. Во время проведения МДК определяется тактика лечения пациента. Психологическая помощь оказывается, в первую очередь, пациентам, которым не было назначено специальное противоопухолевое лечение. Пациенты, как правило, мало знают о Хосписе, многие пугаются при упоминании о нем. Я рассказываю об этом учреждении: графике работы, выездной службе, специалистах, бытовых условиях. По моим наблюдениям, когда пациенты, родственники пациентов слышат, что они не остаются со своей бедой один на один, эмоциональное напряжение у них снижается.

Пациент и его родственники часто переживают бессилие, беспомощность, растерянность, ощущают себя ненужными, испытывают страх, отчаяние, гнев. Психолог информирует пациента, что у него есть возможность получения бесплатной психологической помощи. Каждому пациенту, прошедшему МДК, выдается памятка, в ней изложена информация о том, как обратиться к психологу.

В случае, если пациент отказывается от лечения, ему уделяется отдельное внимание. Задача психолога заключается не в том, чтобы уговорить пациента на какой-либо из видов лечения, а чтобы пациент четко сам себе ответил на вопрос, почему и по какой причине он не хочет лечиться, какую ответственность за последствия своего решения он готов на себя взять. Иногда на помощь приходит юмор: «три железных аргумента скажете, перестану спрашивать».

В стационаре психолог по запросу врачей работает с пациентами, нуждающимися в коррекции эмоционального состояния, стабилизации эмоционального напряжения, в настрое на прохождение специального лечения и выздоровление. С пациентами стационара проводятся консультации и индивидуальные занятия, направленные на работу с состоянием, проработку переживаний и негативных мыслей, связанных с заболеванием и его лечением. Часто пациенты запрашивают помощь психолога в том, чтобы настроить себя на лечение, принять диагноз злокачествен-

ного заболевания. Пациентам стационара с IV клинической группой оказывается экстренная психологическая помощь.

В своей практической деятельности онкопсихологи Центра используют клиническую беседу, проводят кризисную интервенцию, применяют техники эмпатического и активного слушания, саморегуляции. Клиническая беседа направлена на изучение отношения пациента к болезни и социально-психологической ситуации в связи с заболеванием. Во время беседы у пациента есть возможность выговориться, озвучить свои страхи, структурировать переживания, снизить эмоциональное напряжение. Кризисная интервенция направлена на работу с интенсивными чувствами, проблемами, обусловленными ситуацией заболевания, в том числе со страхом перед медицинскими процедурами, лечением. Техники эмпатического и активного слушания позволяют сформулировать психологическую проблему пациента таким образом, что появляется возможность работать с ней. Эти техники часто используются во время мультидисциплинарного консилиума.

Техники саморегуляции – дыхательные упражнения, релаксация, аутогенная тренировка, в основном проводятся с пациентами на этапе лечения (химиотерапия, лучевая терапия). Больные хорошо отзываются на проведение методики трансово-медитативной саморегуляции «Встреча с целителем» (автор В. А. Ананьев). После проведения сеанса появляется возможность поговорить с пациентами о тех чувствах и эмоциях, которые они испытывают. Мы разработали памятку, чтобы больные могли более подробно ознакомиться с данной методикой, и во время госпитализации проводим ознакомительный сеанс. В дальнейшем пациент сможет самостоятельно применять методику в домашних условиях. В условиях стационара для проведения сеанса нужна переносная колонка или мр3-плеер, если у пациента есть личные наушники. В таких занятиях очень часто участвует вся палата.

Работая в онкопалатке, я поняла, что онкопсихологу важно иметь готовность быть со своим пациентом в любой ситуации, невзирая на то, пришел ли он на прием в уютный кабинет психолога или проходит непростую процедуру химиолучевого лечения, находится после консилиума или находится в реанимации после сложной операции. Мне запомнилась девушка, вместе с которой мы прошли большой путь от МДК (впервые мы встретились именно там), неадекватного химиотерапевтического лечения до обширной операции ОГШ и послеоперационной химиолучевой терапии. Она очень боялась лечения и операции, тем более что в условиях карантина она не могла видеться со своими родными и тосковала по ним. Когда ей сделали операцию, я навещала ее в реанимации. Вокруг пациентки было много аппаратуры, трубки, приборы, она не могла говорить, поэтому я принесла бумагу и ручку, и так мы общались. Знаете, для человека очень много значит, когда есть кто-то, кто в него верит, кто может просто поддержать его за руку.

2.2.5. Особенности групповой работы с онкологическими пациентами

2.2.5.1. Открытые группы психологической помощи онкологическим пациентам в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова

Вагайцева М. В., Санкт-Петербург

У пациентов НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, начиная с 2019 года, имеется возможность участвовать в открытых группах психологической помощи. Ведущим группы является онкопсихолог, имеющий переподготовку по направлению «групповая терапия».

Целью работы открытой группы психологической поддержки является формирование у онкологических пациентов адаптивного отношения к заболеванию и его лечению. Однако, как показывают наблюдения, нередко скрытым запросом участников открытой группы является ревизия смыслов жизни, изменившихся под воздействием заболевания [Франкл В., 1990; Ялом И., 1999]. Каждое занятие предполагает этап формирования группового запроса, актуального для конкретной сессии, с учетом особенностей конкретной группы (возраст, пол, соматическое состояние).

Работа в открытой группе психологической помощи проводится в соответствии с разработанной Программой реабилитации онкологического больного, в основу которой положены теоретические и методологические подходы к психологической коррекции, разработанные отечественными авторами [Осипова А. А., 2002]. Особенно актуальны в работе с онкологическими пациентами основные положения клиент-центрированной терапии Роджерса, которые направлены на формирование у пациента самоуважения, способности предпринимать действия в соответствии со своим личным опытом и глубинными переживаниями.

Открытые группы психологической поддержки для онкологических пациентов проводятся раз в неделю и длятся 1,5 часа. Наполняемость открытой группы составляет от трех до семи человек. Работа в группе произвольного наполнения не носит плановый характер. Специальный отбор пациентов в данную группу не производится: пациенты получают информацию о возможности получения психологической поддержки в открытой группе психологической помощи при первичной консультации медицинского психолога, а также его могут проинформировать об этом лечащий врач, врач-реабилитолог. Информированные пациенты могут самостоятельно стать участником группы психологической помощи.

За период 2019–2023 гг. открытую группу посетители 854 пациента, из них 98% женщин, которые в основном (95% случаев) проходили лечение на отделении ради-

отерапии. Данный состав обусловлен особенностями радиотерапевтического лечения, в том числе его длительностью. Средний возраст участников группы – 52 года.

Проведение открытых групп психологической поддержки показывает, что в работе с онкологическими пациентами важно ориентироваться на соматическое состояние пациента, то есть учитывать один из старейших принципов медицинской этики «не навреди». В период реализации реабилитационных мероприятий необходимо корректировать ход занятий в зависимости от актуальной ситуации течения болезни.

Опыт ведения открытых групп психологической помощи показал, что данный формат групп психологической работы с пациентами является наиболее оптимальным. Для лечения, период пребывания в клинике являются индивидуальными для каждого конкретного больного, что ограничивает возможность формирования замкнутых групп. Открытая форма предполагает возможность посещения группы любым пациентом произвольное количество раз неограниченное время. При этом сохраняются все преимущества групповой работы: возможность получения поддержки от людей со сходными проблемами, облегчение процессов самораскрытия, самопознания, а также формирование навыков решения межличностных проблем.

Психореабилитационный комплекс группового занятия включает в себя стандартные блоки, такие как диагностический, установочный, коррекционный, и блок оценки эффективности воздействия. Следует отметить, что в рамках сверхкороткого подхода в открытой группе может носить экспресс-диагностический и, одновременно, экспресс-коррекционный характер.

Открытая группа психологической помощи относится к расширенной концепции групповой психотерапии и может включать в себя любой процесс помощи, происходящий в группе – поддержку, обучение навыкам (например, управления гневом или концентрации внимания, релаксации или социальным навыкам). В ходе работы могут использоваться такие психокоррекционные технологии как исследование специфики и приоритетов жизни пациента, техника фокусирования на себе, поощрение инсайта, парадоксальная интенция, освоение навыков самосознания и минимального анализа, дерефлексия, юмор, «сократовский диалог», освоение навыков коммуникативной компетентности, принятия решения в ситуации неопределенности, работа с иррациональными установками, освоение навыков минимального планирования, оценка эффективности воздействия.

Ожидаемым результатом психологической реабилитации онкологических пациентов является безусловное признание пациентом собственной личности, само существование которой есть ценность независимо от изменений в связи с заболеванием и гарантий срока существования [Ялом И., 1999]. В результате посещения открытой психологической группы пациенты отмечают снижение актуальной тревоги. Оценка наблюдением указывает на формирование конструктивного отношения к болезни у большинства участников группы.

Таким образом, открытые группы психологической помощи являются эффективным методом профилактики риска дезадаптации онкологических пациентов. Особенно востребованы данные виды реабилитационных мероприятий у женщин, проходящих лечение на отделении радиационной терапии. Представленные методы реабилитации помогают преодолеть чувство беспомощности перед лицом заболевания, связанного с витальной угрозой и требующего длительного тяжелого лечения.

2.2.5.2. Групповая работа с пациентами в Онкологическом центре им. Н.П. Напалкова

Карпов А. О., Санкт-Петербург

В ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н.П. Напалкова» групповая терапия проходит на химиотерапевтических отделениях. Группы планируются между сменами пациентов на отделениях и проводятся два раза в неделю. Так как время нахождения пациента на химиотерапевтическом отделении в среднем составляет три дня, за неделю сменяется два потока пациентов. При этом между выпиской пациента и его последующей госпитализацией обычно проходит две-три недели. Таким образом, один пациент может посетить две группы в месяц. Некоторые участники групп параллельно проходят индивидуальную личную терапию.

Периодически постоянные участники групп проходят диагностику с целью выявить значимость групповой психотерапии для психоэмоциональной сферы пациентов. Используются методика «Тип отношения к болезни», Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и Шкала безнадежности Бека. Также с пациентом проводится клиническая беседа, во время которой, в частности, собирается информация о динамике отношений с лечащим врачом и родственниками.

Информация о группах, проходящих на химиотерапевтических отделениях, распространяется медицинским психологом во время обхода отделений. Путем информирования врачом, через самих пациентов и через информационные стенды.

Группы имеют открытый формат, они не предъявляют требований к возрасту, локализации опухоли, стадии болезни и запросу пациентов. Размер группы составляет 8–12 человек, продолжительности группы в среднем 1,5 часа.

Основная задача группы не выявить и распределить пациентов по психоэмоциональной реакции или стадиям реагирования на болезнь (по Э. Кюблер-Росс), а создать безопасную и доверительную атмосферу, среду, в которой человек может «проявиться» и поделиться своими переживаниями и чувствами с другими участниками группы. Поэтому в группах одновременно могут находиться как пациенты с недавно диагностированным злокачественным новообразованием, так и пациенты, проходящие уже не первую линию химиотерапии.

В силу специфики заболевания, которое характеризуется витальной угрозой, группа работает как поддерживающая и имеет экзистенциальный уклон. Участники группы, делаясь переживаниями, слушая свои чувства, а иногда находясь в «молчаливом присутствии», ищут смыслы и ценности своего бытия, переосмысливают их, переформулируют, а иногда формируют новые или «размораживают» замороженные. В «безопасной для себя обстановке» они проживают чувства и эмоции, которые раньше считали «плохими», например, злость или раздражение. Участники группы учатся вербализовывать их в контакте с другими людьми и получать на них отклики.

Работа в группе помогает пациентам увидеть возможности, предоставляемые жизнью, и заложить в ней ограничения, пересмотреть или сформировать свое отношение к заболеванию. В экзистенциальном плане происходит образование новых ценностей, новых смыслов, появляется возможность выстраивать более безопасный и конструктивный контакт с родственниками и лечащим врачом, воспринимая их через призму новых экзистенциальных факторов.

2.2.6. Опыт использования онлайн-формата в психологической помощи больным раком молочной железы

Глазкова Е. В., блогер «Онкоистории»

Заболевание раком молочной железы (РМЖ) разрушает привычное течение жизни женщины и вызывает интенсивные переживания. Женщины, испытывают чрезвычайное эмоциональное напряжение как во время постановки диагноза, так и в период длительного тяжело переносимого лечения. Даже после проведенного лечения тревога и страх рецидива заболевания не оставляют ни одну больную РМЖ.

Мне знакомы такие переживания, так как несколько лет назад я сама прошла лечение РМЖ. По профессии я психолог и мне было понятно, что справиться без участия специалиста, который поможет мне адаптироваться к ситуации, будет трудно. Я обратилась к онкопсихологу, благодаря которому смогла решить свои психологические проблемы, связанные с заболеванием.

Я повысила профессиональную квалификацию и почувствовала, что могу помогать другим пациентам. Каждый заболевший человек, его родственник, друг, каждый специалист, который работает с онкологическим больным и взаимодействует с его близкими, имеет свою онкоисторию. Так появился мой блог «Онкоистория». Формат онлайн я выбрала неслучайно. Он доступен для многих пациенток, так как некоторые, по своему физическому состоянию, не могут выйти из дома, больницы, находятся в других странах.

Не в каждом населенном пункте есть возможность обратиться за профессиональной психологической помощью. Если город небольшой, у пациентки иногда появ-

ляются опасения нарушения конфиденциальности, а онлайн формат их снижает. В онлайн формате пациенткам легче проявлять свои чувства, высказывать свое мнение, быть самими собой.

Психологическая помощь больным РМЖ в рамках «Онкоистории» представлена несколькими направлениями.

Первое из них – это участие в форумах, конференциях, прямых эфирах с онкологами, реабилитологами, диетологами и другими специалистами, осуществляющими мультидисциплинарный подход в работе с онкологическими пациентами. Такие мероприятия носят просветительский характер и ориентированы на профилактику осложнений после болезни, уменьшение риска рецидива и на здоровый образ жизни в целом. Они позволяют задавать вопросы и обсуждать волнующие больных темы, способствуют информированию пациентов об особенностях течения болезни и смысле проводимого лечения, помогают им быть более осознанными и мотивированными в ситуации заболевания. Врачи, в свою очередь, узнают, что конкретно беспокоит пациенток, как для них важен разговор с врачом. Главное, что в процессе и врачи начинают понимать необходимость реабилитации больных РМЖ, в том числе психологической.

Некоторое время назад я участвовала в научном онлайн-исследовании врача невролога-остеопата Талиповой Р.Р. «Йога-терапия для женщин после мастэктомии». Из пациенток моей «Онкоистории» была сформирована группа из 12 женщин разного возраста (от 30 до 52 лет), находящихся в ремиссии и перенесших удаление молочной железы не позднее двух лет назад. При проведении опроса BDI (Beck Depression Inventory / Шкала опросника Бека), STAI (State-Trait Anxiety Inventory / Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина) в начале проекта был зафиксирован высокий уровень тревоги у всех женщин. Два месяца, два раза в неделю по одному часу, под руководством врача проводились занятия йогой-терапией. После окончания проекта у каждой пациентки были зафиксированы улучшения, снизилась тревога, наблюдался более высокий общий уровень жизнеспособности, уменьшилась усталость, нормализовался сон. Помимо навыков физической активности, релаксационных практик, каждая участница получила поддержку, окунулась в атмосферу, настраивающую на адаптацию к жизни после онкологического заболевания. Анализируя исследование, можно сделать вывод, что психологическая и физическая реабилитация больных РМЖ ускоряет процесс восстановления после лечения, улучшает качество жизни пациентов и, главное, возможна в онлайн-формате.

Второе направление в рамках «Онкоистории» – это индивидуальное психологическое консультирование больных РМЖ, оно осуществлялось по запросу больной или ее родственника. Чаще всего консультации проходили в формате видео на платформе Whatsapp, но если пациентка скрывала свое заболевание и не хотела, чтобы ее видели, проводились аудио и даже текстовые консультации. В процессе консультирования каждая пациентка делилась своей историей болезни и лечения, рассказывая об этом, она выражала свои чувства. Мы вместе обсуждали ее трудности, проблемы и пути их решения. Консультирование про-

исходило в атмосфере принятия любых чувств и мыслей больной. Пациентки обращались за психологической помощью неоднократно. В отдельных случаях, которые представлялись мне наиболее сложными или требующими длительной работы, консультации проводили члены Ассоциации онкопсихологов: В.А. Чулкова, Е.В. Петрова и Г.А. Ткаченко.

Особенную группу в моей работе составили женщины, находящиеся на последней стадии заболевания и знавшие об этом. Они чувствовали себя очень одинокими, ведь даже самые близкие далеко не всегда могли понять их, так как сами были напуганы происходящим и избегали разговоров на эту тему. Сложно принять, что ситуация кончена. Человека охватывает ужас перед неизбежным, и вместе с тем теплится надежда, что все будет хорошо. Такие консультации требуют большей открытости и искренности от психолога. В созданной атмосфере доверия больной человек доверяется искренним и может говорить о страхах. Но бывает, что даже перед самым человеком трудно открыть душу. В работе с такой категорией больных я использую метод ассоциативного пения.

Даже на поздних стадиях лечения, когда больные испытывают постоянную боль и слабость, пение позволяет сказать, быть услышанным, ощутить свой голос. Оно не просто привлекает, оно позволяет больной вновь пережить эмоционально значимые для нее ситуации и события жизни, помогает раскрыться и соприкоснуться с подлинной частью себя. Не все готовы петь сразу, это необычно. Больные ссылаются на то, что не умеют петь или давно уже не пели. Однако затем, делают выбор в пении и, как правило, он не случаен, так как в нем всегда есть смысл, возможно неосознанный. Затем происходит пение, и оно всегда приносит больной успех и облегчение. Пение работает как обзор жизни на основе воспоминаний экзистенциальных переживаний. Вот как сказала об этом больная К. из Таджикистана (она пела песню на своем родном языке): «Я не могу петь эту песню без слез. Я вспоминаю, как я была молодая, танцевала на свадьбах, и эти воспоминания говорят мне о том, что есть другой мир. Мир прекрасный, без боли, без переживаний, в котором тебе хорошо и ты можешь жить в этом мире. Просто пройди этот миг, переживи это время и все будет хорошо, я смогу чувствовать себя лучше и спокойней. Я очень надеюсь на ремиссию».

С некоторыми больными мы делили сессии-песни по воспоминаниям: детство, молодость, дом, семья, дети. Во многом такая работа является экспериментальной и открывает возможности для наблюдения и диалога между психологом и пациентом.

В заключение можно сделать следующие выводы. Онлайн-формат объединяет большое количество нуждающихся в психологической помощи людей и специалистов, оказывающих ее. Онлайн-формат позволяет осуществлять различные виды помощи больным раком молочной железы, в том числе групповые. Благодаря онлайн-возможностям, психологическая помощь стала доступной и оперативной. Психологическая помощь онлайн больным раком молочной железы является эффективной, что показывает обратная связь, полученная от пациенток и их родственников.

2.2.7. Психологическая помощь в ситуации онкологического заболевания ребенка

2.2.7.1. Больной ребенок и его семья в ситуации онкологического заболевания

Пестерева Е. В., Чулкова В. А., Богданова Е. И., Санкт-Петербург

Ситуация онкологического заболевания ребенка для него и его близких определяется теми же законами, что и для взрослого пациента, но, при этом она имеет специфические особенности, связанные с тем, что пациентом является ребенок, а его родитель играет огромную роль во всей ситуации, связанной с заболеванием и лечением ребенка.

Ситуация онкологического заболевания как для самого ребенка, так и для его близких является экстремальной или кризисной ситуацией: болезнь ребенка всегда обнаруживается неожиданно, онкологическое заболевание представляет для ребенка реальную витальную угрозу, нарушается привычное функционирование семьи и разрушается стабильная картина мира у всех членов семьи. У родителей и у самого больного ребенка появляется чувство утраты контроля над ситуацией, у всех членов семьи возникает ощущение неопределенности будущего.

Жизненная ситуация в условиях онкологического заболевания является травматической для больного ребенка и вызывают у него различные тяжелые переживания: чувство незащищенности и беспомощности (дети воспринимают мир как источник непрогнозируемых и зловещих событий); стыд и чувство вины; гнев и агрессию; фрустрацию потребностей в безопасности, в самоуважении, в общении; сверхинтенсивные страхи. На фоне лечения у ребенка может снижаться продуктивность познавательной деятельности и познавательной активности.

Влияние психотравмирующей ситуации заболевания зависит от степени зрелости личности ребенка [Ковалев В. В., 1979]. В зависимости от возраста, дети по-разному реагируют на интенсивное и длительное лечение онкологического заболевания. До 12–13 лет пациенты большое значение придают неприятным ощущениям и болевому синдрому, но как только их общее соматическое состояние субъективно улучшается и их перестает беспокоить боль, то дети начинают относиться к лечению «легко», как бы не обращая внимания [Крылова О. А., Кулева С. А., 2018]. В подростковом возрасте более значимым, по сравнению с болезненными и неприятными ощущениями, становятся различного рода ограничения (например, отрыв от коллектива в результате лечения). Эти ограничения являются доминирующими в системе ценностей ребенка и нередко они «приглашают» переживания боли и болезни.

Ряд исследований показывает, что тяжелое заболевание ребенка с большей вероятностью может привести к развитию у него психических нарушений, описываемых в рамках посттравматического стресса: депрессия, гипербдительность,

нарушения сна (ночные кошмары, бессонница), импульсивное поведение [Тарабрина Н. В., Богданова О. В., Курчакова М. С. и соавт., 2010].

Одним из основных психотравмирующих факторов для пациента-ребенка являются эмоциональное состояние его родителей и их переживания в связи с его болезнью. Переживания родителей могут вызывать у больных детей аналогичные чувства и усугублять их тяжелое эмоциональное состояние.

Обеспечить эмоциональную поддержку своему ребенку, помочь ему перенести все тяготы лечения способен родитель, который, прежде всего, принимает болезнь своего ребенка как процесс принятия злокачественного характера заболевания ребенка, связан с мучительными переживаниями родителей. Первая их реакция на диагноз, как правило, имеет характер шока и неверия в случившееся. Нередко у родителей возникает реакция агрессии, распространяющаяся на окружающих. Горечь, боль, страх за ребенка, неосознанная обида на судьбу требуют «выхода» и могут проецироваться на врача и медицину в целом. Одной из постоянных реакций родителей является страх перед неясным исходом болезни, ее непредсказуемыми последствиями: утрата мужества, чувство беспомощности, и, как следствие, развитие депрессивных состояний [Моуди Р., Аркенджел Д., 2010].

По мере признания серьезности заболевания ребенка родитель начинает все более активно сотрудничать с врачом и доверять клинике, в которой лечится ребенок. Он также стремится использовать все доступные ему способы помощи своему ребенку в преодолении болезни, в том числе, поддерживает занятия ребенка с медицинским психологом. При этом сам родитель, особенно если он сопровождает ребенка в больнице, нередко предпочитает пользоваться психологической поддержкой других родителей, которые также находятся в ситуации заболевания ребенка. По мнению, только человек, находящийся в такой же, как у них, ситуации, может понять.

Процесс признания заболевания ребенка и адаптации родителей к ситуации заболевания сопровождается интенсивными реакциями и различными психическими состояниями родителей. Во время длительного лечения болезни ребенка сильное эмоциональное перенапряжение родителя может привести к появлению у него невротических реакций в виде психогенной депрессии, тревоги и другой невротоподобной симптоматики (вегетативные расстройства, нарушения сна). Так как во время лечения с ребенком, как правило, находится его мать, отцы в этой связи чувствуют себя изолированными или неспособными заняться больным ребенком. Именно у отцов, в первую очередь, проявляются невротические срывы и депрессивные состояния: [Моуди Р., Аркенджел Д., 2010]. С другой стороны, исследование матерей, находящихся в клинике с больным ребенком, показало, что большинство из них имели высокий уровень психической травматизации. Высокий уровень психической травматизации обуславливал импульсивное поведение матери, которое проявлялось в общении с другими (мужем, родственниками, медперсоналом) в виде обид, гнева и претензий. У матерей с высоким уровнем психической травматизации был снижен контроль за поведением своего ребенка в процессе лечения. По сути, они не справлялись с уходом за больным ребенком, и в этой связи у них могли возникать конфликты с медицинским персоналом. Вме-

сте с тем, высокий уровень психической травматизации свидетельствует о психической истощенности женщины, она нуждалась во внешней поддержке и была на нее ориентирована [Чулкова В. А., Черненко О. А., Пестерева Е. В., Кулева С. А., 2018]. Высокий уровень психологической травматизации матери определяется особенностями ее отношения к болезни ребенка. Матери воспринимают болезнь ребенка как нечто внешнее, что нарушило их личную жизнь, жизнь их семьи, они не могут найти смысл происходящего. Отсутствие смысловой стороны отношения ограничивает жизнь родителя только болезнью ребенка. Они «уходят» в болезнь ребенка, фактически прекращая свою жизнедеятельность в других сферах.

Онкологическое заболевание ребенка – серьезное испытание для всей его семьи. Болезнь ребенка отражается на состоянии каждого члена семьи, независимо от степени включения в уход за больным ребенком. Все члены семьи переживают ряд утрат (привычного образа жизни, жизненной перспективы, планов и др.), что вызывает у них сильные эмоции и, в свою очередь, влияет на взаимоотношения внутри семьи.

В связи с заболеванием ребенка перед семьей встает задача предельной мобилизации всех семейных ресурсов, направленных на преодоление болезни ребенка и ее последствий, и при этом необходимо сохранить семейную систему. С одной стороны, семья, являясь устойчивой системой, стремится не только защитить больного ребенка, но и сохранить себя как целое. Семья воспринимает болезнь ребенка как своеобразное «крещение», не утрачивая при этом способность реагировать на выраженность симптомов болезни на протяжении всего процесса лечения [Roberta Lynn Woodgate, Lesley Faith Degner, 2004]. В сложной жизненной ситуации семья объединяется в борьбе с болезнью ребенка, происходит консолидация супругов, а болезнь ребенка является своеобразным стабилизирующим фактором. В некоторых семьях, где до болезни ребенка отношения не были гармоничными, родители все же считают себя обязанными не бросать больного ребенка, даже несмотря на отсутствие любви друг к другу [Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. 2007]. С другой стороны, онкологическое заболевание ставит семью в условия необходимого сверхбыстрого изменения ее структурной организации и образа жизни, что нередко возможно сделать только за счет других детей, супруга(и) и работы. Ухаживающий родитель (чаще всего мать, беря на себя тяжесть ухода за больным ребенком в процессе лечения, не выполняет многие другие свои функции, например, по воспитанию и уходу за здоровыми детьми в семье, и, если эти функции не подхватываются другими членами семьи, то в этом случае могут образовываться «функциональные пустоты» или не свойственные другим членам семьи функциональные роли. При этом нередко упускается из виду влияние тяжелого заболевания ребенка на sibсов, что это влияние на здоровых детей иное, чем на родителей, которые часто считают, что здоровые дети также должны взять на себя обязанность заботиться о больном. В свою очередь для окружения (друзей, родственников) участие в трудностях семьи больного ребенка может являться непосильной задачей [Шац И. К., 2010]. Они могут избегать встреч или, наоборот, метаться между крайностями «утешающего» оптимизма или «сочувствующего» пессимизма. Такое положение вещей может дополнительно травмировать семью.

Жизнь семьи в ситуации тяжелой болезни ребенка подчиняется единой цели – вылечить ребенка. Вместе с тем, фиксация некоторых родителей только на болезни ребенка может сопровождаться воспитательской растерянностью, когда родители не считают себя вправе проявлять твердость и стремятся всегда выполнять требования и желания ребенка. Другие же родители, наоборот, находятся во власти иллюзии, что «твердая рука» может вернуть ребенку здоровье [Шац И. К., 2010]. Все это может провоцировать сложности в родительско-детских отношениях, в результате чего происходит закрепление проблемного поведения ребенка, а главное – нарушается эмоциональный контакт между родителями и ребенком.

Таким образом, реакция и поведение больного ребенка в ситуации заболевания следует рассматривать с учетом состояния и реакций родителя, ухаживающего за ним. Ситуация онкологического заболевания ребенка связана с перестройкой семейной системы. В этой связи психологическая помощь детям всегда включает помощь родственникам. Кроме того, следует учитывать, что выход ребенка в состояние ремиссии является также сложным периодом в жизни семьи: все члены семьи испытывали страдания в связи с теми изменениями, которые привнесла в их жизнь болезнь ребенка, и требуется немало времени и усилий, чтобы принять их.

2.2. Психологическая помощь детям, перенесшим онкологическое заболевание, и их близким

Богданова Е. И., Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге ежегодно впервые диагностируются онкологические и гематологические заболевания у 120–150 детей. В настоящее время лечение оказывается эффективным более чем в 80% случаев. Однако ситуация онкологического заболевания ребенка представляет собой не только медицинскую проблему, но и является социально-психологической проблемой. Постановка диагноза, болезнь, длительное тяжелое лечение в условиях стационара, осложнения в процессе лечения и после него, физические ограничения нарушают нормальное, свойственное здоровью детей, психическое развитие ребенка. Появляется неуверенность в себе, в своих силах и возможностях, различные страхи, трудности в общении со сверстниками. Родители тяжело переживают утрату здоровья своего ребенка и живут в постоянном страхе из-за возможности появления рецидива болезни.

Онкологическое заболевание ставит под угрозу уклад и стиль жизни всей семьи: нарушаются внутрисемейные связи, актуализируются внутрисемейные конфликты, которые до болезни ребенка не были явными. С течением времени вышеуказанные проблемы не только не разрешаются, а нередко даже усугубляются, приводя к психической травматизации как самого больного ребенка, так и членов его семьи. Психическая травма может проявляться в различных видах дезадаптации, выражающихся в невозможности семьи приспособиться к переменам, которые приносит в их жизнь заболевание ребенка, в усилении невротической и психосоматической

симптоматики у всех членов семьи, в том числе и у маленького пациента. Крайняя степень дезадаптации проявляется в возникновении посттравматических стрессовых расстройств, которые длятся долго и трудно поддаются лечению.

В настоящее время во многих детских онкологических клиниках работают психологи, осуществляя психологическую помощь больному ребенку и его родителям. Но при выписке из стационара дети и их родители оказываются один на один с проблемами, возникшими в результате заболевания и лечения, проблемами адаптации к жизни после перенесенного онкологического заболевания. Психологическая и социальная помощь детям после перенесенного заболевания и их родителям еще недостаточно развита в нашей стране. Невозможность адекватного психологического и социального восстановления после болезни снижает эффект лечения.

Мой многолетний опыт работы в отделении детской онкологии и гематологии Городской клинической больницы № 31 показал необходимость социально-психологической реабилитации детей не только в период основного лечения, но и после выписки из больницы, в период ремиссии. Остро стоит также и вопрос психологической помощи родителям детей после выписки из стационара. Наше намерение по организации реабилитации на этапе после лечения было поддержано в первую очередь, родителями болеющих детей, врачами, психологами, а также благотворительным фондом «Шаг навстречу» и волонтерами. В марте 2013 года был создан АНО «Радуга жизни» – центр психологической помощи детям, перенесшим онкологическое заболевание, и их родственникам.

Цель деятельности Центра: помочь детям после длительного лечения, также их семьям, вернуться к нормальной здоровой жизни, суметь отпустить свои страхи, опасения и тревогу, наладить взаимопонимание в семье, гармонизировать взаимоотношения с окружающими, поверить в собственные силы, помочь семьям, потерявшим детей из-за онкологического заболевания, пережить боль утраты.

Задачи Центра: нейрореабилитация; социально-психологическая и педагогическая реабилитация детей, перенесших онкологическое/гематологическое заболевание, и их семей; психологическая реабилитация родственников детей, умерших от онкологических/гематологических заболеваний.

В рамках реализации задач Центра проводятся мероприятия различной направленности. В ходе детской групповой терапии решаются задачи психологической реабилитации и социализации детей, длительное время находившихся в изоляции в условиях стационара. Песочная терапия применяется как невербальная методика психокоррекции, игровая терапия – для решения психологических проблем с помощью ролевой игры. С помощью арт-терапии происходит гармонизация личности через самовыражение, познание себя с помощью творчества и искусства. Музыкальная терапия способствует улучшению работы таких психических процессов, как мышление, память, внимание. Детям очень нравится реабилитационная робототехника, занятия которой обеспечивают развитие всех мыслительных операций, интеллектуальных способностей, логического мышления, анализа, синтеза, обобщения пространственного воображения, умения

строить умозаключения, выбирать рациональный способ решения задачи. Физкультурно-оздоровительные занятия проводятся с основной направленностью на взаимодействие «папа-ребенок».

Программа социально-психологической реабилитации с нейропсихологическим сопровождением для детей с заболеванием головного и спинного мозга осуществляется при поддержке благотворительного Фонда К.Хабенского. В программу входят занятия с нейропсихологом, клиническим психологом и логопедом, тренинг с использованием метода биологической обратной связи, игровая и музыкальная психотерапия. Групповая терапия для родителей проводится циклами из нескольких занятий, востребованы семинары для родителей, группы поддержки для родителей и сотрудников. Индивидуальное психологическое консультирование детей и родителей является частью программы.

Большое внимание в Центре уделяется созданию психотерапевтической среды. В АНО «Радуга жизни» работает семейный клуб, предоставляется пространство для комфортного общения, проходят постоянные встречи родителей и детей, лекции на различные темы, совместные игры детей, чаепития, праздники. Для детей и родителей проводятся мастер-классы, где можно проявить себя в творчестве и научиться чему-то новому.

Регулярно в сотрудничестве с СПбГУ, РГПУ им. А.И. Герцена, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» проводятся занятия со студентами по направлению «онкопсихология», студенты имеют возможность пройти практику. Важная и значимая помощь в научной и методической работе АНО «Радуга жизни» оказывается специалистами Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона.

За время существования Центр получил 3 гранта Президента Российской Федерации на реализацию программ социально-психологической реабилитации детей и их семей в ситуации перенесенного онкологического заболевания. «Радуга жизни» является победителем XXI национального конкурса «Золотая психея». Опыт работы нашего Центра отражен в сборнике «Социально-психологическая реабилитация детей, перенесших онкологическое заболевание», он востребован студентами, обучающимися по специальности «психология», и практикующими онкопсихологами. Издан книга «Глазами мамы. Истории мам и детей, победивших онкологическое заболевание».

Учитывая социальную значимость и востребованность программы психологической реабилитации для маленьких пациентов онкологических стационаров и их родителей, АНО «Радуга жизни» расширяет сферу деятельности, внедряет новые направления деятельности и охватывает большее число пациентов. Была выявлена необходимость оказания социально-психологической помощи родителям и другим родственникам, дети которых умерли в результате онкологического заболевания. С января 2023 года в Центре проводится индивидуальная и групповая социально-психологическая работа и в этом направлении.

2.2.7.3. Психологическая помощь детям, проходящим лечение в Центре протонной терапии Медицинского института Березина Сергея (МИБС)

Грешникова Н. Н., Санкт-Петербург

В протонном Центре большое внимание уделяется тому, чтобы дети могли проходить лучевую терапию без наркоза. Подготовка к лечению без наркоза начинается с первого посещения протонного центра. Это первое посещение мы называем «подготовкой», на него ребенок приходит с родителями или законными представителями.

Основная задача психолога на этапе подготовки это снизить страхи, тревоги, переживания маленьких пациентов и их родителей. Специально для пациентов Центра были сняты три фильма:

1. фильм, показывающий, как ребенок проходит лечение протонами;
2. фильм, в котором дети, находящиеся в стационаре, показывают палаты, игровую зону, кухонную зону. Сюжет дает представление о том, в каких бытовых условиях будут находиться ребенок и его сопровождающий на протяжении курса лечения. Это понимание очень важно для них, поскольку у детей в среднем находятся на лечении пять-шесть недель. Нужно заранее подготовиться, взять все необходимое, чтобы проходить лечение было комфортно;
3. фильм об изготовлении индивидуальной иммобилизирующей маски. В нем подробно показан процесс изготовления маски. Этот фильм помогает понять, что именно и как будет делаться, и это, действительно, снижает тревогу ребенка и родителей.

Уже после просмотра первого фильма у родителей часто «выдыхают с облегчением», им наконец-то становится понятно, как будет проходить протонно-лучевая терапия. Для детей лечение тоже перестает казаться чем-то непонятным и загадочным, несущим страх неопределенности, дети расслабляются. Многим из них этого этапа бывает достаточно, чтобы они смогли пройти лечение без наркоза. Однако всегда нужно помнить, что если место облучения расположено таким образом, что в случае малейшего движения во время лечения возникает риск навредить ребенку, то радиотерапевт может принять решение лечить ребенка под наркозом.

Когда план лечения готов, начинается непосредственно лечение. В ходе лечения мы продолжаем психологическую работу с теми детьми, которые пока лечатся с наркозом, но радиотерапевт подтверждает, что эти дети могут перейти на лечение без наркоза, как только будут к этому готовы.

Первым этапом этой психологической работы является выявление страхов ребенка, связанных с лечением, и проработка их в игровой форме. Когда этот этап

успешно пройден, начинается тренировка-имитация лечения: ребенок в кабинете психолога надевает маску для лечения и неподвижно лежит. Когда и этот этап успешно пройден, переходим к третьему этапу: ребенок в сопровождении мамы и психолога идет в комнату для лечения на ознакомительную экскурсию. Там малыш знакомится с операторами, они рассказывают ему, что будет происходить, помогают ребенку лечь на стол, надевают ему его маску. В итоге ребенок выходит из комнаты с полным пониманием того, как будет проходить лечение без наркоза. Если все этапы успешно пройдены, то с согласия радиотерапевта ребенок начнет лечиться без наркоза.

2.2.7.4. Работа психолога на детском отделении психологической клиники Медицинского института Березина Сергея (МИБС)

Захарова М. Л., Санкт-Петербург

Психологические особенности детей, находящихся на лечении в отделении детской онкологии, проходящие химиотерапию или химиолучевую терапию, обусловлены рядом воздействующих на них биологических, психологических и социальных факторов. К сожалению, в жизни этих детей часто присутствуют череда сепараций и социальная изоляция (длительные разлуки с семьей, друзьями, перерывы в привычном обучении), множественность утрат (безопасного мира, привычного уклада жизни, любимых вещей и игрушек; разводы в семье и ослабление семейных связей).

Часто онкопсихолог сталкивается с недопониманием ребенком происходящего с ним: необходимости болезненных манипуляций, разлук, ограничений, отсутствия свободы в выборе, в передвижение и т.д. Все это влияет на отношение ребенка к себе, обуславливая негативную оценку себя («я порченный», «я виноват в этом и т.д.»). У больного ребенка нарушается его привычная картина мира и однозначность восприятия социума («кто эти люди, которые делают мне больно? Говорят, что спасатели, а сами делают больно»). На этом фоне у ребенка формируются и усиливаются тревожные, тревожно-фобические, депрессивные состояния, проявляются агрессивные, в том числе и аутоагрессивные реакции, изменяющие его поведение.

Одной из задач работы онкопсихолога на детском отделении является психологическое сопровождение ребенка при подготовке и проведении медикаментозной и лучевой терапии, психотравмирующих медицинских манипуляций. При этом учитываются возрастные особенности маленького пациента, особенности его отношения к болезни и лечению, динамика его когнитивного и психоэмоционального состояния. Проводится психологическая коррекция психоэмоционального состояния и когнитивных нарушений пациента, осуществляется психологическое сопровождение родственников пациентов.

В работе с детьми мы придерживаемся основных методов работы, описанных австрийским педиатром Клеменсом фон Пирке:

- давать возможность двигаться и играть;
- удобная одежда;
- бережная забота, бережные прикосновения к ребенку;
- медицинские процедуры без слез – *предсказуемость и сотрудничество с детьми*, заботливые сочувственные прикосновения;
- ни одна ложка не отправляется в рот ребенка, если он закрыт;
- ежедневно свежий воздух.

При проведении психологической работы с детьми наиболее эффективными являются игровая, когнитивно-поведенческая, арт-терапия, сказкотерапия, экзистенциальная терапия (подростки, младшие школьники), релаксационные техники, визуализации.

Особое внимание при проведении радиохирургического лечения на аппарате Гамма-нож на этапе установки стереотаксической конструкции и последующих этапах уделяется пациентам детского и подросткового возраста. У них мы можем сталкиваться с эмоционально-волевыми нарушениями, недостатком произвольности в поведении.

Начиная с 5-ти летнего возраста радиохирургическое лечение ребенка проводится без использования общей анестезии. Подготовку и проведение процедуры онкопсихологи осуществляют в игровой форме, предварительно установив с ребенком доверительный располагающий контакт и сопровождая его на всех этапах с учетом его интересов, потребностей и особенностей эмоционального реагирования [Захарова М.Л., Иванов П.И., Аникин С.А., 2022].

При лечении детей с применением лучевой терапии мы можем столкнуться со страхом пациента находиться одному во время процедуры, а также с недостатком произвольности в поведении. Данную симптоматику важно стремиться купировать психологическими методами, чтобы избавить ребенка от дополнительной нагрузки, связанной с использованием анестезирующих препаратов. При этом онкопсихолог активно использует игровые формы работы, учитывая интересы и потребности ребенка, а также семейные ресурсы.

На первом этапе работы с ребенком нашей задачей является установление контакта с ним и сопровождающим его взрослым, проведение первичной психологической диагностики эмоциональной, когнитивной сфер, личностных особенностей, отношения к лечению, сферы интересов, а также психоэмоциональных особенностей сопровождающих ребенка взрослых.

Далее проводим ознакомление пациента с особенностями лечебного процесса, аппаратурой, даем возможность посмотреть, как работает аппарат, при желании ребенка – разукрасить фиксирующую маску в соответствии с его выбором. Знакомство с процедурой и вся процедура лечения проводится в игровой фор-

ме. «Полет в космос» – одна из наиболее популярных сюжетно-ролевых игр при проведении лучевой терапии. Сама ситуация лечения, внешний вид аппарата, совершаемые им движения напоминают полет космического корабля, поэтому дети активно и охотно вживаются в роль космонавта. Даваемые им на время полета задания, система поддержки и поощрения после «возвращения из космоса» могут быть использованы для поддержания интереса к прохождению процедур как условия игры, позволяющую интересно и приятно играть [Захарова М.Л., Фетисов С.А., Гуцало Ю.В. и др., 2018].

Невозможно при этом не работать с родственниками пациентов детского возраста, которые сопровождают ребенка при госпитализации. Родственники испытывают: чувство вины, чувство беспомощности; тревогу, высокое нервно-психическое напряжение, эмоциональное выгорание; страх потери больного ребенка. У них актуализируются собственные страхи, особенно страх смерти. Кроме того, у родителей в связи с болезнью и лечением ребенка, как правило, происходят изменения в трудовом статусе, а также могут возникать проблемы в семье на фоне болезни ребенка и длительных госпитализаций [Захарова М.Л., Козлова В.В., 2020; Козлова В.В., Захарова М.Л., 2021].

2.2.7.5. Размышления онкопсихолога о работе на детском отделении

Никифорова Е.М., Санкт-Петербург

«Как Вы выделяете эту работу, когда каждый день люди рассказывают Вам о своих болезнях, больных детях?» Я слышу этот вопрос, и на долю секунды чувствую себя бездушной. Но вот уже вбегает в мой кабинет очередная маленькая пациентка, и мы начинаем играть, собирая войско страшилищ и войско добродетелей, и мы боремся с болезнью, и болью, и страхами, и сегодня мы побеждаем! Получается, что онкопсихология – это о борьбе и упорстве, о силе игры, о силах защиты.

Первой моей пациенткой в Протонном центре была шестилетняя девочка. Мы немножко танцевали, потому что не все движения были для нее доступны, и нужно было разрабатывать ручку и ножку. Однажды она слепила человечка, вокруг которого обвилась большая злая змея, она поделилась со мной своим страхом. Онкопсихология – это о доверии, мужестве и поддержке.

Маленького трехлетнего ребенка приносят родители и осторожно ставят на пол удивана. Малыша нужно поддерживать, но он так стремится к игрушкам и творчеству, и движению! Мы ходим за ручки по всему кабинету, толкаем мяч непослушной ногой, собираем браслет из пуговиц (а самую красивую пуговку малыш берет на память). Я еще долго-долго помню его и его семью. Онкопсихология – это о нежности, о любви, о нашей незащитности перед этими чувствами.

Большая комната, полная медицинского оборудования, серый огромный аппарат для облучения... Даже взрослым не по себе. Слава богу, есть жизнерадостные и бесстрашные дети! Вот уже снимается фильм – экскурсия по замечательным лечебным комнатам, где все показывает и объясняет ребенок. Мы проходим с ним следующим пациентам – и детям, и взрослым, и их тревога стихает, они смело проходят протонную терапию, даже без наркоза. Онкопсихология – это о храбрости, о вдохновении, о поиске решений.

Я люблю разговаривать с подростками, потому что здесь не обходится без философских тем. Их пытливый ум заглядывает в глубины, о которых нам некогда вспоминать. Мы блуждаем в поисках смыслов жизни и смысла и горя, погружаемся в мечты и вновь возвращаемся в реальность. Онкопсихология – это о вечности и мимолетности явлений, о ценности дружбы, о возможности, и о том, что можно сделать прямо сейчас.

Как нигде в этой работе важны люди. Это командная работа, мы работаем и вместе – врачи, пациенты и их семьи, а также мои единомышленники – онкопсихологи. Спасибо за дружеское плечо и опыт, которым делитесь, за радость общения, за то прекрасное, что есть в каждом!

2.2.8. Паллиативная помощь в онкопсихологии

Вагайцева М. В., Санкт-Петербург

В Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи написано: «основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу» [Методические рекомендации, 2008].

Основными направлениями работы клинического (медицинского) психолога хосписа являются: экстренная психологическая помощь; психологическое консультирование в трудной жизненной ситуации пациентов и их родственников (близких людей); организация занятий сотрудников по морально-психологической подготовке; оказание психологической помощи в рамках экстренного краткосрочного подхода сотруднику, члену семьи сотрудника по запросу самого сотрудника. Медицинский психолог хосписа не проводит психодиагностические мероприятия.

В Хосписе №1 в Лахте в месте, доступном для свободного посещения, выделено помещение для экстренного и планового психологического консультирования. Отдельно в хосписе оборудованы комнаты психологической разгрузки и обучения сотрудников организации. Временные стандарты работы медицинского психолога в онкологии обусловлены методами оказания психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях, ограничением по времени пребывания пациентов в хосписе, а также соматическим состоянием пациента. Как правило, это кратко-

срочное консультирование человека в ситуации распространенности заболевания, 1–5 занятий по 15–50 минут.

Цель психологического сопровождения в хосписе – коррекция эмоционального напряжения, вызванного физическими и психологическими страданиями больного перед неизбежным приближением умирания и смерти, индукцией близких пациента и родственников организации.

Психологические методы, применяемые онкопсихологом, носят эклектический характер: используются элементы экзистенциальной, когнитивной и поддерживающей экспрессивной терапии. К дополнительным методам психологического сопровождения относятся арт-терапевтические и релаксационные техники.

В работе с сотрудниками организации используются психодинамическая и когнитивно-поведенческая модели. Элементы межличностной психологической коррекции могут применяться в работе с родственниками больных. Медицинский психолог хосписа осуществляет экспресс-диагностику коморбидных психических расстройств пациентов с их последующей коррекцией, сообщает врачам информацию относительно их степени.

К основным технологиям психологического сопровождения в хосписе относят наблюдение, стандартизированный экспресс-опрос, клинико-психологическую беседу, экстренную психологическую помощь, а также индивидуальное консультирование, очное и по телефону.

Психологическое сопровождение пациента включает в себя, в первую очередь, оказание поддерживающего внимания каждому пациенту. При посещении больных, в ходе общения формируются и психотерапевтические мишени, на которые следует в дальнейшем обратить внимание. Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Как и в повседневной жизни, не все люди, госпитализированные в хоспис, обращаются за помощью к психологу. Инкурабельные больные, находящиеся в сознании, могут по-разному реагировать на ситуацию заболевания, по-разному относиться к взаимодействию с психологом.

Пациентов хосписа можно условно разделить на три категории. Для пациентов, поступивших с болевым синдромом, правильно подобранное врачами обезболивание и купирование всех тягостных симптомов улучшает качество жизни. Обычно эти больные склонны к общению, могут по желанию участвовать в арт-терапевтической работе. В процессе взаимодействия с психологом они охотно делятся своей жизненной историей, рассказывают об обстоятельствах жизни, о личных особенностях, о соседе по палате и о своем реагировании на его возможную смерть. Пациентов данной категории часто пугают нарушения в собственной когнитивной сфере. Они могут происходить как в результате прямого воздействия противоопухолевых средств, так и в результате патологического иммунного ответа на воспалительный процесс, связанный с распадом опухоли, либо вследствие повреждения капиллярных

сосудов. Для повышения качества жизни таких пациентов существенное значение имеет профилактика этих нарушений.

Терминальные больные с сохранной психикой, как правило, в некоторой степени осознают близость собственной смерти и бессознательно используют разные способы совладания со страхом умирания. Часто включают психологические защитные механизмы замещения, вытеснения. Но есть больные, которые действительно принимают собственную смерть. Основными инструментами в работе с такими пациентами являются терапевтическое слушание и экзистенциальная беседа.

С умирающими пациентами в состоянии раковой интоксикации вербальный контакт затруднен либо отсутствует, таким пациентам психологическая поддержка может быть оказана на телесном уровне.

Особенностью онкологического заболевания является его протяженность во времени. Близкие люди из окружения больных успевают адаптироваться к новой ситуации, либо эмоционально выгорают. Переживания чувства вины, страха, потери, страха смерти могут проявляться у них по-разному, в зависимости от структуры личности самого родственника. Родственники запрашивают экстренную помощь и редко обращаются за продолжительной терапией. Основной запрос, который они высказывают: как правильно взаимодействовать с умирающим.

В этом случае задача психолога заключается в том, чтобы предоставлять информацию об особенностях общения с пациентом в терминальной стадии онкологического заболевания, диагностировать состояние родственника, рекомендовать возможные способы коррекции или поддержания психического здоровья самого родственника. Целью такой работы становится выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.

Целью работы психолога с персоналом хосписа является профилактика профессионального выгорания, выражающегося в эмоциональном истощении, проявлениях цинизма по отношению к пациентам, снижении самооценки профессиональных достижений. Работа с врачами носит совещательный характер и не имеет четкой структуры. В силу особенностей взаимоотношений внутри коллектива врачи, медицинские сестры и младший медицинский персонал могут отвергать работу психолога. Инструментами онкопсихолога при работе с медицинским персоналом могут быть сеансы релаксации, семинары «Этика хосписа», диагностика психоэмоционального состояния, тестирование. Работники хосписа имеют возможность бесплатно консультироваться у психолога хосписа по острым семейным ситуациям.

Работа онкопсихолога в хосписе связана с такой неперенной составляющей цикла жизни как смерть. Он постоянно находится в среде, насыщенной переживаниями страха смерти, боли и потери близких, что требует особых навыков и специальной психологической подготовки специалиста. Ситуация онкологического заболевания предъявляет специфические требования к профессиональной позиции и личностным особенностям клинического (медицинского) психолога

в онкологии (онкопсихолога). Ему необходимы такие качества как высокая толерантность к фрустрации, устойчивая положительная самооценка, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности.

В ходе подготовки онкопсихолога прорабатывается его собственное отношение к смерти, формируется гуманистическое отношение к больным, вырабатываются устойчивые навыки неагрессивного и необвинительного поведения в конфликтной ситуации, интроспекции, эффективной утилизации собственных негативных переживаний. Медицинский психолог в онкологии должен обеспечить себя поддержкой профессионального сообщества, запрашивать супервизию, посещать балинтовские группы, профессиональные мастерские.

Работу психолога в хосписе можно описать, как «поиск ресурсов» – психологических ресурсов пациента, его родственников, сотрудников хосписа. Наиболее востребованные задачи нашей работы: утилизация негативных переживаний, связанных с ситуацией терминальной стадии рака (расчистить внутреннее пространство), а также распознавание и использование ресурсов пациента (заполнить внутреннее пространство) для поддержания качества жизни, сколько бы этой жизни и осталось.

2.3. Исследования в области онкопсихологии

2.3.1. Психическое состояние родителя и его отношение больному ребенку в ситуации онкологического заболевания

Голтерева Е. В., Чулкова В. А., Богданова Е. И., Цыганкова Е. С., Санкт-Петербург

Болезнь ребенка является одним из самых трагических переживаний для его близких. Онкологическое заболевание ставит под угрозу будущее и ребенка, и его родителей. Ребенок, в силу своего возраста, не всегда может осознавать ситуацию, в которой ему предстоит находиться во время лечения, а также все последствия болезни. Его отношение к своему заболеванию зависит от его личностного развития [Крылова О. А., Кулева С. А., 2018] и во многом определяется отношением родителя к болезни ребенка.

В ситуации онкологического заболевания отношение к болезни формируется и у родителя, и у ребенка, оно включает несколько уровней [Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999].

Чувственный уровень – ощущения, связанные с болезнью. Для больного ребенка – это ощущение боли, физического дискомфорта. Чем младше ребенок, тем больше его поведение в ситуации болезни определяется уровнем ощущений. Формируется ли у родителя чувственный компонент отношения к болезни ребенка? Да,

есть родители очень чувствительные к телесным ощущениям своего ребенка. Но здесь есть опасность проецирования родителем своего дискомфорта, прежде всего психического, опасность обозначать любые ощущения маленького ребенка как проявление болезни.

Когнитивный уровень – знание о заболевании. Это то, что известно родителю о болезни ребенка, это размышления родителя о заболевании, поиск информации о нем, его причинах и последствиях. Согласно Российскому законодательству, до 15 летнего возраста пациента врач информирует родителя о диагнозе ребенка, прогнозе заболевания, методах лечения и возможных рисках. Далее родители сами принимают решение – говорить ли о заболевании ребенку, что говорить и в какой форме это делать, учитывая возраст ребенка [Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2012]. После 15 лет ребенок подписывает информированное согласие на лечение самостоятельно. Однако при этом родитель подростка нередко выступает своеобразным «буфером», не позволяя врачу сообщать пациенту его диагноз, таким образом «оберегая ребенка от тяжелых переживаний». В данном случае для врача возникает этически противоречивая ситуация.

Эмоциональный уровень – чувства, эмоции, связанные с болезнью. Чувства и эмоции родителя в связи с болезнью ребенка включают чувство вины за развитие заболевания, злость и отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом. Эмоциональное перенапряжение родителя может привести к появлению у него невротических реакций в виде психогенной депрессии, тревоги. Реакции ребенка на ощущение физического дискомфорта, на болезненные медицинские манипуляции, на ограничение активности, а также на информацию о своем заболевании и лечении содержат страх, стыд, печаль, гнев, сопровождаемый чувством вины. Эмоциональные реакции детей в ситуации заболевания во многом определяются реакциями их родителей на онкологический диагноз.

Мотивационно-поведенческий уровень – мотивы, определяющие поведение, связанное с болезнью. Основной мотив любого родителя, который определяет его поведение в ситуации болезни ребенка, – спасти своего ребенка. Для ребенка мотивы выздоровления могут быть разные – одобрение родителей, возвращение к прежнему безопасному существованию в семье, осуществление своей мечты и др. Они определяются возрастом ребенка, его ценностными ориентациями, на которые влияют родители.

Таким образом, отношение родителя к болезни ребенка и отношение ребенка к своему заболеванию тесно переплетены. При этом переживания родителей могут вызвать у больного ребенка аналогичные чувства и усугублять его состояние: то, как родитель относится к болезни ребенка транслируется маленькому пациенту.

Цель: исследовать психическое состояние родителя и его отношение к больному ребенку в ситуации онкологического заболевания.

Материалы и методы. Исследовано 17 родителей, дети которых завершили лечение по поводу следующих диагнозов: медуллобластома, лейкоз, нейробласто-

ма, опухоль Вильмса, гистиоцитоз. Возраст детей ($4,4 \pm 2,1$) лет. Использовалась структурированная клиническая беседа.

Результаты. Отношение родителя к болезни ребенка формируется начиная с момента постановки диагноза и в течение всего периода его лечения. Отношение постоянно меняется в зависимости от того, как проходит лечение, и как при этом чувствует себя ребенок. Реакция 35,3 % родителей на известие о диагнозе представляла собой шок, ужас и сильную тревогу: «ела стены», «страшная паника, суета, переключалась и все с места на место», «сползла по стенке». У 17,7 % родителей отмечалась реакция отрицания как защита от сильных чувств, вызванных известием об онкологическом диагнозе ребенка: «такого не может быть с маленьким ребенком», «говорила себе, что у нас всё хорошо». Следует остановиться на таком описании матерью своей реакции на сообщение о диагнозе болезни ребенка: «жизнь продолжалась. В этот же день вечером пошли в ресторан. До смерти должна продолжаться нормальная жизнь у ребенка». Это тоже попытка отрицать реальность.

Часть родителей (29,3 %) отмечали свою реакцию на известие о диагнозе ребенка как «спокойствие и уверенность, что все будет хорошо». Среди них преобладали родители, которые прошли долгий путь постановки диагноза, то есть спокойствие не было их первой реакцией: «за такой период обследования готова была принять диагноз». Также спокойствие как реакцию на известие о диагнозе ребенка отмечали те родители, у которых после беседы с врачом возникала защитная реакция в виде рационализации.

В связи с болезнью ребенка родители испытывали самые различные чувства. Все опрошенные родители отмечали постоянное ощущение внутреннего напряжения, которое они сдерживали в себе, не проявляя его при детях («я не должна при нем плакать»). Более часто (82,4 %) родители указывали на ощущение усталости и состояние опустошенности, что свидетельствует об эмоциональном и физическом истощении родителя. Некоторые (41,2 %) родители жаловались на внутреннее одиночество, которое не всегда было связано с социальной изоляцией. Большинство (82,4 %) родителей отмечали чувство жалости в ситуации болезни ребенка («жалко ребенка, жалко себя и других близких, жалко, что всё это произошло с нами»), что свидетельствует об их беспомощности, беззащитности и желании, чтобы кто-то помог им разрешить их проблемы.

Родители задавались вопросом «почему это произошло с моим ребенком?», поиск ответа на который сопровождался сильными эмоциональными чувствами и по отношению к себе, и по отношению к другим. Так, для 70,6 % родителей было характерно чувство вины («в первые дни копался «что сделал не так»»; «за то, что провоцировал ссоры с женой»); для 41,2 % родителя – злость и раздражение («кто виноват? Нет объекта, на который можно было бы злиться»), 29,4 % родителей испытывали чувство обиды («обиду на мужа и на мир»).

Поиск причин болезни – это всегда попытка контролировать неконтролируемую ситуацию болезни. Любое объяснение причины заболевания, даже иррациональное, помогает родителю обозначить ситуацию и, в какой-то степени, управлять ею. В данном исследовании 29,4 % родителей отметили, что «нашли свой внутренний

ответ», другие же, не найдя ответа, прекратили попытки разбираться в происходящем, воспринимали ситуацию заболевания ребенка как непоправимую («ситуация накрыла»). Невозможность обозначить случившееся является одним из признаков психической травматизации личности родителя.

Несмотря на то, что сообщение о диагнозе, этап госпитализации являлись чрезвычайно психологически тяжелыми, для большинства (47,1 %) родителей самым сложным периодом являлся этап активного лечения («первый месяц лечения очень был тяжелым», «после операции очень тяжело», «трудно было сидеть сутки по ночам, эмоционально тяжело»). У родителей возникали страхи, связанные с побочными эффектами лечения, возможной инвалидностью («страх, что будет не такой как все»). Кроме того, у родителя не так часто, но все же встречались «паранойяльные» страхи («врачи сами не знают, как лечить, лечение это эксперимент»), что свидетельствует об их беспомощности и незащищенности. Вместе с тем, данные страхи не являлись доминирующими: ценность жизни ребенка преобладала в структуре всех остальных ценностей у большинства родителей («главное, чтобы жил»).

В 58,8 % случаях родители отмечали, что успех лечения ребенка зависит от использования в лечении современных медицинских и фармакологических технологий, от профессионализма врача, в 76,5 % случаях – от формы и стадии заболевания, но для большинства (88,2 %) родителей излечение их ребенка было связано с удачей, судьбой, с верой («во все церкви ходили, причащались»). Данные ресурсы позволяли родителям быть психологически устойчивым в травмирующей ситуации лечения ребенка: внутренний – надежда, вера («в душе всегда думаю, что все будет хорошо»), и внешний – вера во врача и медицину.

Изучение взаимоотношения родителей с больным ребенком в ситуации его лечения выявило две тенденции восприятия родителем своего ребенка в ситуации заболевания. 58,9 % родителей, наблюдая за тем, как ребенок переносит тяготы заболевания, и зная о его желании поправиться, считали его сильным. 41,1 % родителей воспринимали своего ребенка как слабого («он уязвим, а мне надо заботиться о нем»). Можно предположить, что тенденция воспринимать ребенка как слабого или как сильного характеризует не столько ребенка, сколько самого родителя, и зависит от того, в какой позиции он стремится находиться по отношению к своему ребенку – в позиции «спасателя» или в позиции «партнера». Клинический опыт авторов показывает, что бабушки или дедушки, ухаживающие за детьми во время лечения, по сравнению с родителями воспринимают ребенка как более нуждающегося в опеке.

Все родители отмечали, что длительное тяжелое лечение провоцирует их на опекающее отношение к ребенку. С другой стороны, в ситуации болезни с витальной угрозой психологическая безопасность ребенка нарушается, и он сам, независимо от возраста, бессознательно стремится к опеке и защите, нередко в его поведении наблюдается регрессия. Так, 17,7 % родителей указывали, что стали больше опекать ребенка; 29,4 % родителей отмечали специфический симбиоз с ребенком («мы стали как единое целое»). Следствием таких взаимоотношений были ссоры между родителем и ребенком, более послушное поведение ребенка с другими

родственниками. У 64,7 % родителей порой возникало раздражение в связи с состоянием и поведением ребенка во время болезни.

Выявлено, что лишь 17,7 % родителей в разговоре с ребенком о его болезни старались, чтобы ребенок понимал, на что направлена лечебная процедура и какие результаты можно ожидать от лечения. В основном же (58,8 %) родители разговаривали с ребенком тогда, когда этого требовала ситуация, например, чтобы мотивировать ребенка пройти лечебную процедуру («надо сделать капельницу, потерпи, я тебя люблю»). Нередко (23,5 %) разговоры о болезни были вызваны потерей у ребенка аппетита («если ты не будешь есть, то анализы будут низкие и нас не выпишут на выходные домой», «если будешь кушать, то скорее вылечишься»). При этом родители независимо от возраста ребенка, о болезни, как правило, говорили иносказательно («в голове выросла бяка»). В этой связи возникает противоречие: с одной стороны, родители склонны оценивать своего ребенка как сильного, с другой – беседуют с ребенком как с маленьким и слабым. Возможно, родители просто не знают, как говорить с ребенком о его болезни.

Заключение. Родители больного ребенка психически травмированы как диагнозом, так и необходимостью пережить трудное тяжелое лечение ребенка. Самым тяжелым периодом для них было время интенсивного лечения ребенка. Родители в достаточной мере беседуют с детьми о болезни. Неумение разговаривать с ребенком о заболевании и лечении обуславливает преимущественно опекающее отношение к ребенку, что привносит ссоры в их взаимоотношения, а после завершения лечения негативно влияет на отношение ребенка к себе и способствует его дезадаптации.

2.3.2. Исследование отношения к болезни у подростков с онкологическим заболеванием

Русакова Е. А., Санкт-Петербург

Специфика работы медицинского психолога на детских онкологических отделениях заключается в том, что специалист оказывает помощь и поддержку одновременно юному пациенту и сопровождающему его родителю. Кроме того, особенности детско-родительских взаимоотношений оказывают влияние на качество жизни ребенка во время лечения. Особенно остро эта проблема стоит в подростковом возрасте, когда возрастной задачей ребенка является сепарация от родителей и постепенное обретение самостоятельности. Онкологическое заболевание вынуждает подростка быть в более зависимой позиции от родителя, чем занимают его здоровые сверстники. Отсутствие у заболевшего подростка зрелых сформированных механизмов совладания со стрессом, сформированной структуры личности не позволяют ему в одиночку пройти лечение и являются факторами потенциальной травматизации юного пациента.

Адекватное отношение подростка к болезни позволяет ему интегрировать это событие в картину своей жизни и, по возможности, максимально сохранить нормальное

психосоциальное функционирование и возрастное развитие [Аринкина И. А., 2012].

Целью исследования явилось изучение отношения к онкологическому заболеванию у пациентов подросткового возраста.

Материал и методы исследования: обследовано 20 подростков в возрасте от 13 до 17 лет ($S=15$ лет) с диагнозами острый лимфобластный лейкоз, острый миелоидный лейкоз, хронический миелоидный лейкоз, саркома, лимфома, опухоль мозга. Респонденты являлись пациентами онкологических учреждений г. Санкт-Петербурга: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой. Средняя продолжительность болезни и лечения (химио-лучевая терапия) составили 17 месяцев и 15 ме-

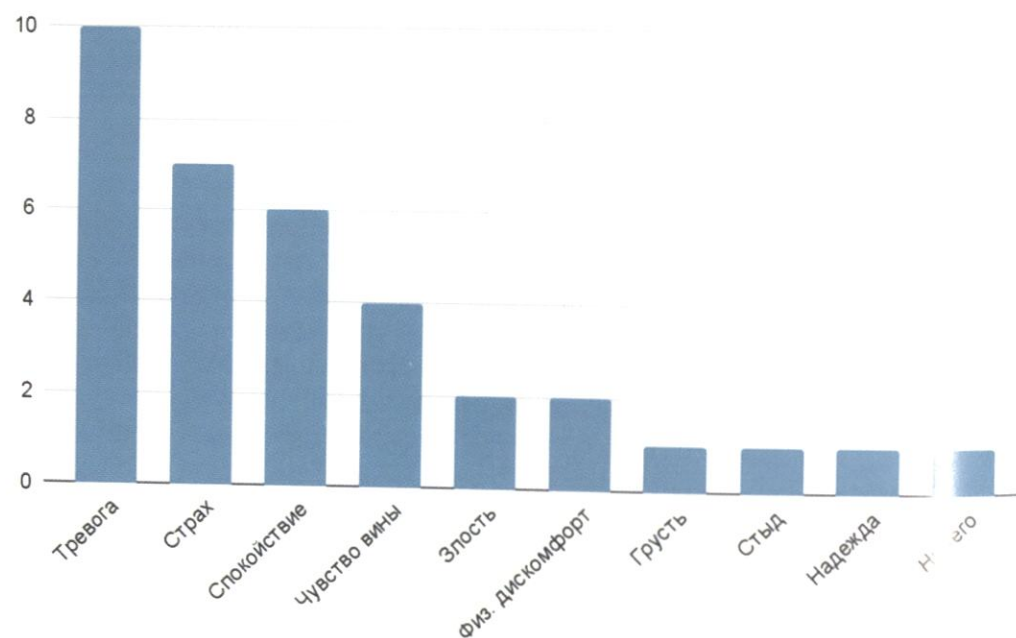


Рис. 1. Чувства, связанные с болезнью, онкологически больные подростки. N=20

сяцев соответственно. Большинство подростков были из полных семей, являлись учащимися школ и имели сиблингов.

Обследование проводилось с помощью полуструктурированного клинико-психологического интервью, а также методики «Тип отношения к болезни».

Результаты. Клинико-психологического интервью показало особенности отношения к болезни у подростков.

Когнитивный компонент отношения к болезни проявлялся в том, что более половины подростков (65 % – 13 чел.) основным источником заболевания считают врача. 45 % подростков (9 чел.) не испытывают сложностей в коммуникации и все обсуждают с врачом, 35 % (7 чел.) – обсуждают с близкими людьми, однако у 20 %

детей (4 чел.) есть вопросы, которые затруднительно обсуждать с кем-либо. Всё это свидетельствует о том, что подростки стремятся к формированию адекватного представления о болезни, по большей части опираются на наиболее надежный и достоверный источник информации – своего лечащего врача.

Эмоциональный компонент отношения к болезни выражен в преобладании тревоги, страха (респондент №6: «страх, чувство вины, злость; сны снятся, что убиваю всех» рис. 1). Состояние «спокойствие» у некоторых подростков объяснялось длительным диагностическим этапом («стало спокойно, что теперь знают что у меня и как лечить»). Кроме того, понятие «спокойствие» в отношении онкологического заболевания не стоит понимать буквально: нередко декларируемое спокойствие имеет защитный характер.

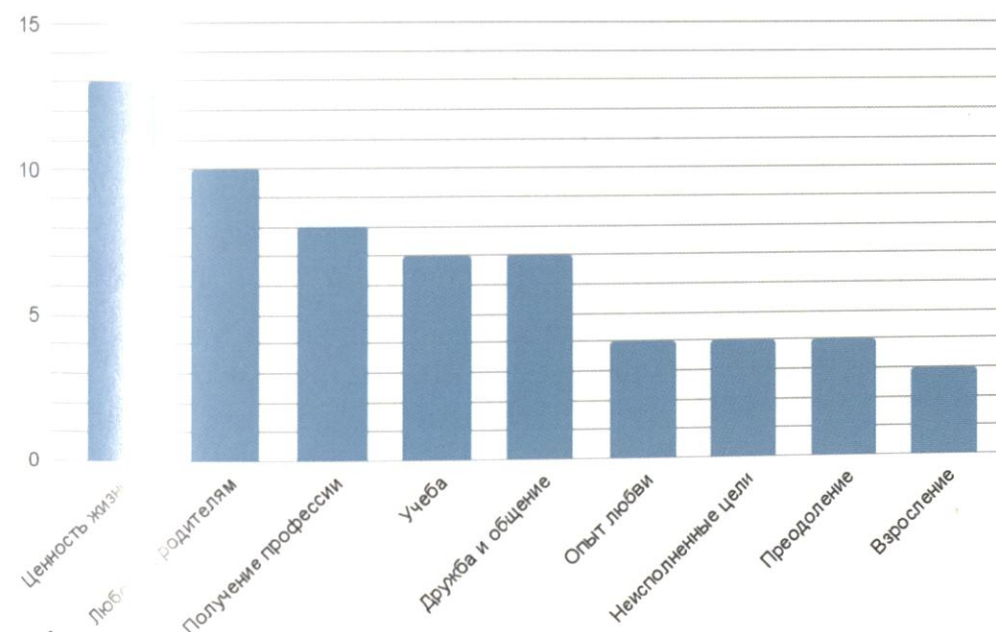


Рис. 2. Основные мотивы выздоровления онкологически больных подростков. N=20

Мотивационно-поведенческий компонент отношения к болезни представлен мотивами выздоровления, направленными в будущее – продолжение учебы и получение профессии, взросление. Также представлен экзистенциальный мотив «Ценность моей жизни в целом» (рис. 2). Следующим по приоритетности мотивом выздоровления оказался «Любовь к родителям», что подчеркивает значимость отношений с родителем в процессе лечения.

Результаты исследования отношения к болезни при помощи методики «Тип отношения к болезни» показали, что у 40 % подростков (8 чел.) выявляется условно-адаптивное отношение к болезни с доминированием эргопатического компонента, у остальных же 60 % подростков (12 чел.) выявляется дезадаптивное отношение к болезни с преобладанием сенситивного, неврастенического, ипохондрического компонентов.

Эргопатический компонент проявлялся в профиле отношения к болезни у 70% (14 чел.) подростков, независимо от адаптивного/дезадаптивного типа: личностная направленность подростков имеет тенденцию «ухода» от болезни: они указывали на интерес к деятельности, которой они занимались до болезни, пытались продемонстрировать активное социальное функционирование, направленность на будущее.

Качественный анализ ответов на вопросы методики «Отношение к болезни» свидетельствует, что для подростков были характерны переживания, которые касались одиночества – «Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать» (65% – 13 чел.); изменения настроения в связи с лечением – «Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным» (50% – 10 чел.); «У меня бывают приступы мрачной раздражительности во время которых достается окружающим» (30% – 6 чел.); проблем с учебой – «Из-за болезни мне теперь стало не до учебы», «Моя учеба стала для меня совершенно безразличной» (50% – 10 чел.).

Приведенные результаты позволяют сформировать портрет онкологически больного подростка, внешне характеризующегося стремлением к независимому взрослому поведению, а внутренне – высокой тревогой, чувствительностью и необходимостью поддержки от родителя и врача в процессе лечения. Эмоциональный компонент отношения к болезни, с одной стороны, характеризуется избытком негативных истощающих подростка эмоций, а с другой – тенденцией к вытеснению переживаний страха и тревоги за будущее избеганием мыслей о болезни.

Подросткам было предложено (в рамках ответа на вопрос «Что позволяет тебе переносить тяготы лечения? Ты можешь выбрать несколько вариантов ответа») выбрать из списка ресурсов несколько (до 3-х) значимых для них ресурсов, которые, по их мнению, позволяют им переносить тяготы лечения. Результаты выборов показали следующее:

- для 50% (10 чел.) подростков важными явились поддержка лечащего врача, вера во врача и возможности медицины («Медицина на месте не стоит, а мой врач очень умный и много знает, он сможет придумать как мне помочь»);
- для 45% (9 чел.) подростков ресурсными были взаимоотношения с родителями, их эмоциональная поддержка;
- для 40% (8 чел.) подростков значимым являлось наличие планов, надежда на будущее.

На важность взаимоотношений подростка с врачом и родителем указывает то, что вера во врача и любовь к родителям являются ведущими факторами, поддерживающими подростка в процессе непростого лечения.

Отношение к окружающим у подростков также неоднозначно: с одной стороны, они очень боятся остаться в одиночестве, характеризуются ранимостью и уязвимостью по отношению к окружающим, с другой стороны, проявляют недоверие к людям, избегают контактов, демонстрируют раздражительность и нетерпеливость.

Таким образом, проведенное исследование указывает на дезадаптацию в системе отношений у онкологически больного подростка и подчеркивает важность психологической помощи и коррекции в индивидуальной и групповой формах на отделении во время лечения со стороны медицинского психолога. Как было сказано, подросткам важно постепенно сепарироваться, обрести самостоятельность, им важно общение «на равных». В работе с подростками может быть эффективен метод кинотерапии: просмотр фильмов, сериалов на беспокоящие ребята темы с последующим обсуждением в кругу. Полезна организация какой-либо деятельности в группе детей разных возрастов, при этом пациента подросткового возраста медицинский психолог может приглашать на роль своего помощника, а не участника деятельности, тем самым подчеркивая его более взрослую идентичность [Боловьева С. Л., 2015].

Самопознание и знакомство подростка со своим внутренним миром является одной из ведущих задач данного возраста – это можно осуществлять путем задействования различных психодиагностических методик с интересными вопросами. Наконец, проблеме общения со сверстниками на отделении можно решить с помощью групповой игры как наиболее безопасного типа деятельности, в процессе которой напряжение у участников снизится, фокус внимания будет направлен на суть игры, а не на внутренний мир друг друга, и, по мере роста доверия, ребята смогут раскрываться друг другу в присутствии психолога [Климова С. В., 2013; Mary Ann Riddle, 2001]. При коррекции детско-родительских взаимоотношений важно обучать подростка форме выражения своих эмоций, для решения конфликтов может быть полезно консультирование «втроем» (подросток-родитель-психолог) [Ghada Hammad Abu Shosha, 2016].

2.3.3. Необходимость нейропсихологического исследования у детей с острым лимфобластным лейкозом в раннем периоде реабилитации

Павлик А. В., Мисявичуте Е. С., Санкт-Петербург

Актуальность исследования определяется тем, что пациенты с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) детского возраста, получившие терапию, могут быть уязвимы к поздним нейрокогнитивным эффектам из-за большой интенсивности терапии.

Целью проведенного пилотного исследования явилось изучение нейропсихологического функционирования детей с ОЛЛ для своевременной диагностики когнитивных нарушений на этапе постановки диагноза и раннего периода лечения. Были поставлены задачи: составить адаптированный протокол обследования пациентов детского возраста с ОЛЛ на основе аппаратной нейропсихологической диагностики системы «Шуфрид» (DCHUFRIED), провести апробацию этого протокола для выявления когнитивных нарушений в группе пациентов высокого риска (дети с ОЛЛ, проходящие лечение), разработать меры нейропсихологической коррекции в рамках комплексной реабилитации пациентов детского возраста с ОЛЛ на раннем этапе лечения.

Материалы и методы: исследование рассчитано на 2 года и проводится на базе Клиники НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой. В нем принимают участие коллективы медицинских психологов совместно с детскими онкологами и гематологами. Согласно протоколу лечения пациентов с ОЛЛ, включающему интратекальную терапию и системную химиотерапию, был составлен план нейропсихологического обследования. Для пациентов разных возрастных групп (от 0 до 18 лет) был подобран диагностический материал, соответствующий их возрастно-моторному развитию: аппаратная нейропсихологическая диагностика с использованием системы «Шуфрид» (DCHUFRIED) с 7 лет, «Денверский скрининговый тест психомоторного развития ребенка» от 0 до 24 месяцев, Методика психологической диагностики развития детей раннего и дошкольного возраста А.А. Стребелевой с 2 до 6 лет, стандартные прогрессивные матрицы Дж. Равена (цветной вариант с 5 до 6 лет, черно-белый вариант с 7 лет). В каждой возрастной группе проводилась клинично-психологическая беседа с родителями или пациентом.

Первичная диагностика проводилась после постановки диагноза в первые дни после поступления в клинику. Дальнейшее наблюдение включало 3 этапа диагностики после окончания каждого блока химиотерапии (36 дней, 218 дней, 104 недели – именно в эти точки у пациентов наблюдается повышенный уровень токсичности от интратекального введения химиопрепаратов). Период наблюдения составляет 2 года.

На основе диагностического материала и аппаратных тестов были исследованы показатели интеллекта, памяти, внимания, зрительно-конструктивной функции, мелкой и грубой моторики, а также социальных навыков.

Результаты: предложен и внедрен протокол исследования психофизиологического развития и когнитивных функций для пациентов трех возрастных групп: от 0 до 24 месяцев, с 2 до 6 лет, с 7 до 18 лет, включающий аппаратные методы и психические тесты и пробы. За период с января 2022 г. по декабрь 2023 г. по нему было обследовано 47 пациентов, они распределились по группам следующим образом: 7 пациентов (0–24 месяца), 15 пациентов (2–6 лет), 25 пациентов (7–18 лет).

В результате исследования мы выявили 20 пациентов (42 %), имеющих показания для включения в коррекционную работу. По возрастным группам они распределились так: у пациентов первой возрастной группы (0–24 месяца) нарушения диагностировали у 15 % (3 пациента), во второй возрастной группе (2–6 лет) – у 35 % (7 пациентов), в третьей возрастной группе (7–18 лет) – у 50 % (10 пациентов).

Специалисты отделения реабилитации разработали индивидуальные коррекционные занятия для каждой возрастной группы, включающие в себя следующие методы: игровые, двигательные, сенсомоторные, а также когнитивные тренировки и компьютерные тренажеры. Важным аспектом коррекции когнитивных нарушений считаем включение пациентов школьного возраста в госпитальную школу «Учим Знаем», а также применения компьютерных тренажеров для коррекции пациентов третьей возрастной группы.

Преимуществом VIENA TEST SISTEMA SCHUFRIED в коррекционной работе яв-

ляется точная фиксация результатов на каждом занятии, что помогает нейропсихологу отслеживать динамику показателей когнитивных функций. Сами пациенты отмечают, что занятия на тренажере приносят удовольствие и субъективно не ощущаются как утомляющие. Высокая включенность в работу формирует у них мотивацию к достижению более высоких результатов.

Выводы:

Исследование когнитивных нарушений у пациентов с ОЛЛ является важной задачей психологов на отделении реабилитации в связи с высокой токсичностью лечения. Наш опыт показывает, что диагностика и коррекция когнитивных нарушений должны начинаться как можно в более ранние периоды лечения. Полученные нами промежуточные результаты свидетельствуют, что у 42 % обследованных пациентов наблюдаются проблемы в когнитивной сфере.

Данные, полученные в ходе нейропсихологического обследования, позволяют формировать индивидуальный план реабилитации для каждого ребенка. Тренировочный материал поддержки и развития когнитивных функций имеет направленность на конкретные когнитивные процессы, способствует социализации пациентов разных возрастных групп.

Пациенты школьного возраста с проблемами в когнитивной сфере являются наиболее уязвимой группой пациентов. Чтобы повысить эффективность проводимой с ними коррекции, необходимо включать пациентов данной возрастной группы в образовательные программы, а также использовать в занятиях с ними компьютерные методы коррекции.

Применяемые нами аппаратные нейропсихологические тренировки показали свою доступность для пациентов, они просты в мониторинге, имеют приятный интерфейс и минимум медицинских противопоказаний. В работе с ними специалист имеет возможность осуществлять гибкое планирование коррекционных занятий.

2.4. Подготовка в области онкопсихологии

2.4.1. Мастер-класс как вид профессиональной психологической подготовки врача онколога

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Ткаченко Г. А., Санкт-Петербург, Москва

В рамках Российского онкологического конгресса (РОК, Москва) в течение трех последних лет (2021–2023 гг.) нами проводились мастер-классы, общей целью которых было повышение профессиональной психологической подготовки врача-онколога.

В 2021 году проводился мастер-класс «Как говорить с больным и его родственниками или основные положения общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками», целью которого являлось знакомство с основными положениями общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками.

На мастер-классе затрагивались вопросы смысла общения врача с пациентом (для чего врачу нужно общаться с больным), обсуждались составные части взаимодействия врача-онколога с больным и его родственниками (знание врачом специфики ситуации онкологического заболевания, особенностей реагирования больного на болезнь и лечение), а также обращалось внимание на адекватное информирование больного и коммуникативные навыки врача при взаимодействии.

Нередко в качестве запроса онколога к психологам выступает вопрос взаимодействия не только с больным, но и с его родственниками, которые вовлечены в процесс лечения пациента. Реакции родственников, по мнению врачей, могут негативно влиять на состояние пациента. Вместе с тем известно, что родственники могут эмоционально поддерживать больного и мотивировать его на лечение, поэтому очень важно взаимодействие врача с родственником и его информирование с согласия пациента.

В мастер-классе использовались мини-лекции и обсуждались примеры из практики.

В 2022 году проводился мастер-класс «Профессиональная позиция и коммуникативные навыки врача-онколога», который был ориентирован на обсуждение с врачами особенностей профессионального взаимодействия врача-онколога с пациентами. Были рассмотрены вопросы профессиональной и непрофессиональной позиции врача-онколога, обсуждались какие личные потребности реализует врач в процессе взаимодействия с пациентом и как это противоречит его профессиональной позиции. Определено понятие профессиональной позиции: профессиональная позиция проявляется в отношении врача к своей профессии, к себе как к специалисту. Наряду с мини-лекциями и обсуждением примеров из практики использовались ролевые игры, которые демонстрировали важность профессиональной позиции врача во взаимоотношениях с пациентом. Результатом обсуждения явилось осознание и понимание врачами, что для эффективного взаимодействия с пациентами владеть только коммуникативными техниками недостаточно.

В 2023 году прошел мастер-класс «Эмпатия в работе врача-онколога». Эмпатия, с одной стороны, является важным коммуникативным навыком, с другой стороны, эмпатия больше, чем просто технический навык. Эмпатия соответствует профессиональной позиции врача, его ценностям и смыслу его профессиональной деятельности. Слово «эмпатия» в настоящее время широко используется в различных группах людей, но, вместе с тем, понимается всеми по-разному. Следует подчеркнуть, что эмпатия в работе врача является необходимой: нередко ее отсутствие приводит к возникновению конфликтов между врачами и пациентами.

Целью мастер-класса было определение и обсуждение значения коммуникативного навыка эмпатии в профессиональном взаимодействии врача с онкологическими пациентами. В процессе мастер-класса обсуждались следующие вопросы: определение эмпатии, ее необходимость в работе врача-онколога, то, каким образом проявляется эмпатия в вербальном и невербальном поведении, является ли эмпатия врожденным качеством или навыком, которому можно обучиться, связь эмпатии с эмоциональным интеллектом и существует ли связь эмпатии с эмоциональным выгоранием. На мастер-классе эти вопросы не только обсуждались,

но использовались хорошо зарекомендовавшие себя на мастер-классе 2022 года ролевые игры. В ролевых играх были продемонстрированы реальные клинические случаи эффективного и неэффективного взаимодействия врача и пациента, в основе которого лежало присутствие или отсутствие эмпатии. Также во время мастер-классов участникам был предложен тест, измеряющий эмпатию, и желающие могли самостоятельно определить свой уровень эмпатии.

Проведение мастер-классов с врачами-онкологами является для нас пионерским, особенно в рамках Российского онкологического конгресса. В этой связи ведущим была выдвинута обратная связь врачей, чтобы в дальнейшем корректировать темы и формы проведения встреч.

Обратная связь врачей-онкологов показала:

- интерес врачей к рассматриваемым темам, это свидетельствует о наличии у них трудностей в профессиональном взаимодействии и огромном желании их преодолеть;
- форма общения через мастер-классы является для врачей наиболее приемлемой, так как они могут высказывать свое мнение, обсуждать его, выражать свои чувства, появляющиеся в связи с демонстрацией случаев из практики;
- некоторые участники делились тем, что после прохождения мастер-классов, несмотря на увеличение рабочей нагрузки, они стали меньше уставать.

Все это еще раз подчеркивает, что понимание врачом своих профессиональных трудностей и проблем, возникающих при общении с пациентом, способствует осознанному выбору врачом той или иной стратегии поведения с пациентом.

2.4.2. Психологическая подготовка волонтеров к взаимодействию с онкологическими пациентами

Чулкова В. А., Санкт-Петербург

Создание и рост числа пациентских организаций, деятельность которых направлена на работу с онкологическими пациентами, свидетельствует, что больные нуждаются не только в своевременной и качественной диагностике и адекватном лечении заболевания, но и в немедицинской помощи, заключающейся в социально-психологической поддержке пациентов как во время лечения, так и после его завершения. Чаще всего пациентские организации объединяют людей, которые сами перенесли заболевания, и теперь хотят в качестве волонтеров помогать другим, оказавшимся в аналогичной ситуации.

Желание помочь является естественным для многих людей. Но у волонтеров, бывших ранее пациентами, могут существовать свои, неосознаваемые ими психологические проблемы, связанные с принятием болезни и лечения, или другие, проявившиеся в ситуации заболевания. В этом случае волонтеры не только не смогут принести пользу пациентам, но и, напротив, взаимодействуя с па-

циентами, могут лишь усилить их негативные переживания, что приведет к ухудшению психического и физического состояния и больных, и самих волонтеров. Следует заметить, что с этими трудностями, возникающими у волонтеров, раньше или позже сталкивается почти каждая пациентская организация. Чтобы преодолеть их, волонтеров необходимо систематически обучать и готовить к общению с онкологическими пациентами.

В качестве примера психологического сопровождения волонтеров расскажу о своем опыте взаимодействия с Калининградской региональной общественной организацией «Вита», с которой я, как онкопсихолог, сотрудничаю на протяжении уже многих лет.

КРОО «Вита» была создана в 2002 году как волонтерская организация объединившая женщин, лечившихся по поводу рака молочной железы (РМЖ). Инициаторами ее создания выступили врачи Наталья Георгиевна Белобородова и Лидия Ивановна Чашина. С тех пор и по настоящее время бессменным руководителем «Виты» является Л.И. Чашина. Как организация «Вита» считает себя следовательницей Ассоциации социально-психологической помощи больным РМЖ «Надежда» (Санкт-Петербург), разделяет ее принципы, но формы работы более другие. Деятельность «Виты» происходит через реализацию различных проектов, охватывающих разные стороны социально-психологической помощи больным женщинам во время лечения и после его завершения.

За годы существования «Виты» ее волонтеры участвовали и участвуют до сих пор в многочисленных проектах, большинство из которых, в соответствии с целями реабилитации онкологических пациентов, направлено на повышение качества жизни больных раком молочной железы. Часть проектов «Виты» связана с просветительской деятельностью, которая также осуществляется волонтерами и посвящена ранней диагностике рака молочной железы. Разнообразие форм работы позволяет участницам организации выбирать для себя тот или иной проект. В настоящее время в «Вите» состоит 579 зарегистрированных пациенток, которые были включены в работу, примерно 100 из них являются активными членами организации, принимающими участие во многих проектах.

С первых дней создания «Виты» большое внимание уделялось психологической подготовке волонтеров, осуществляемой в рамках нескольких программ. Эта работа проводилась психологами и психотерапевтом, и чаще всего ее содержанием была психологическая поддержка самих волонтеров.

Начиная с 2004 года и по настоящее время организовано взаимодействие с онкопсихологом в формате встреч, проводимых на регулярной основе, и тренингов волонтеров. Во встречах принимают участие как члены «Виты», так и пациентки, которые лечатся совсем недавно. Они делятся своими переживаниями и обсуждают психологические проблемы, связанные с заболеванием и лечением.

Однодневные или двухдневные тренинги проводятся для выделенной группы волонтеров, в нее включаются те участницы, которым приходилось общаться с онкологическими пациентами в рамках различных проектов. На тренингах обсуж-

даются особенности взаимодействия с онкологическими больными, уделяется внимание профилактике вторичной травматизации.

Благодаря включению в практику разных форм психологической подготовки активность волонтеров «Виты» возросла. Женщины не только организовывали мероприятия, привлекая к участию в них пациенток, но и расширили свою сферу деятельности. Некоторые из волонтеров стали оказывать психологическую поддержку больным РМЖ, посещая их в клиниках города (проект «Равные консультанты»), и взаимодействуя с пациентками на встречах в офисе организации (проект «День открытых дверей»).

В связи с новыми задачами возникла потребность в более углубленной психологической подготовке волонтеров. Для ее реализации была разработана программа тренинга «Психологическая подготовка волонтеров к взаимодействию с онкологическими пациентами». С 2019 г. волонтеры, прошедшие отбор, стали принимать участие в тренинге. Условием перехода на этот этап обучения волонтеров является участие в проектах «Школа жизни с болезнью», «Школа пациентов» и психологически зрелое отношение к жизненной ситуации, изменившейся в связи с болезнью.

Тренинг проводится с целью обучения волонтеров умениям и навыкам конструктивного взаимодействия с онкологическими пациентами. У участниц происходит формирование представления о позиции волонтера; определяется положительный статус волонтера при общении с онкологическими больными. В процессе тренинга обсуждаются психологические реакции больных РМЖ в ситуации болезни и лечения с опорой на собственный опыт волонтеров. Происходит обучение базовым коммуникативным навыкам (эмпатии, разделению чувств, управлению чувствами, активному слушанию, обозначению пространственных и временных границ). На тренинге рассматриваются трудные случаи, представленные волонтерами, они знакомятся с психологическими ловушками общения. Отдельное внимание уделяется вопросам профилактики эмоционального выгорания в работе волонтеров.

Иногда, несмотря на существующий регламент, возникают ситуации, требующие отступления от заявленной программы. Так, например, в один из дней тренинга волонтеры узнали о смерти женщины, которая состояла в организации «Вита». Естественно, что это сообщение всех взволновало, и было необходимо выделить время, чтобы участницы группы смогли выразить свои чувства. Нужно было обсудить ситуационно возникшие вопросы, которые актуализировали их личные переживания конечности жизни, страха рецидива и жизни в неопределенности, умения «жить в настоящем». Только после завершения этого обсуждения работа по программе тренинга была продолжена. Важно подчеркнуть, что такого рода переживаниям, спонтанно возникающим в процессе тренинга, необходимо дать возможность проявиться, не следует их избегать.

Программа тренинга состоит из двух ступеней (тренинг I и тренинг II), каждая ступень проходит в течение двух дней, перерыв между тренингами первой и второй ступени составляет несколько месяцев. Предполагается, что за это время у волонтеров могут произойти конкретные ситуации взаимодействия с пациентами,

которые они захотят обсудить на следующем тренинге. Обучение в тренинге происходит в формате мини-лекций, упражнений и обсуждений в малых группах.

К настоящему времени было проведено два больших тренинга «Психологическая подготовка волонтеров к взаимодействию с онкологическими пациентами». Двадцать пять волонтеров, участвовавших в тренингах, получили сертификаты Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона.

Таким образом, опыт сотрудничества с КРОО «Вита» показал, что волонтерам для успешного взаимодействия с онкологическими больными необходима специальная психологическая подготовка, осуществлять которую должны онкопсихологи.

Заключение

Онкопсихология: развитие, проблемы и решения

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Васильева Н. Г., Санкт-Петербург

Онкопсихология – это раздел клинической психологии, изучающий психологические последствия рака. В своем содержательном аспекте онкопсихология соприкасается с различными видами психологических дисциплин, в том числе, с социальной, возрастной, семейной, а также экзистенциальной психологией. Каждая из них вносит свой контекст в психологическое сопровождение онкологического больного.

Социальная психология. В ситуацию онкологического заболевания включен не только сам заболевший человек, но и люди, составляющие его социальное окружение. У них при общении с онкологическим больным, возникают специфические психологические проблемы, которые необходимо разрешать. Так, родные больного испытывают сильные страдания, они задаются сложными вопросами – как эмоционально поддержать больного родственника, как ему помочь, и при этом сохранить семейное функционирование. Значимыми для больного в ситуации лечения являются отношения с врачом и медицинским персоналом, у которых также возникают вопросы психологического плана – как грамотно информировать и эмоционально поддержать больного. На уровне общества, которое не может игнорировать больного человека, возникают вопросы отношения к онкологическому заболеванию, к проблемам больных людей, информированности о рисках, стигматизации и многие другие. Таким образом, онкологическое заболевание является проблемой общества в целом.

Возрастная психология. Заболеванию раком подвержен человек любого возраста. Необходимо учитывать, что возрастные кризисы неизбежно оказывают влияние на отношение к болезни и лечению, но возраст не является определяющим для адаптации человека к заболеванию.

Семейная психология. Онкологическое заболевание влияет на уклад и жизнеде-

ятельность всех членов семьи, при этом семья может как поддержать пациента, так и усугубить его переживания.

Экзистенциальная психология. Экзистенциальные проблемы неизбежно возникают перед заболевшим человеком и его ближайшим окружением. Они не всегда осознаются, но всегда вызывают мучительные и противоречивые переживания. Работа с онкологическим больным, соприкосновение с его чувствами, уникальностью его конкретного мира, обостряют собственные экзистенциальные переживания онкопсихолога.

Подготовка онкопсихологов. Сложная и многомерная ситуация онкологического заболевания предъявляет особые требования к подготовке онкопсихологов.

Онкопсихологу, работающему в онкологической клинике, необходимо иметь общие представления об онкологических заболеваниях, проводимых диагностических процедурах, этапах и видах лечения. Эти знания дают онкопсихологу лучшее понимание того, что происходит с пациентом, помогает ему интегрироваться в медицинскую команду.

Ситуация онкологического заболевания имеет все признаки кризисных и экстремальных ситуаций. Для онкопсихолога важно иметь представление о характере этой ситуации, поскольку она определяет содержание переживаний пациента.

Развитие онкопсихологии. В соответствии с логикой становления отрасли онкопсихология развивается сразу по нескольким взаимосвязанным направлениям, которые вместе составляют единую научно-практическую систему:

1. смыслообразующим направлением в онкопсихологии является **психологическая помощь онкологическим пациентам и их семьям**;
2. не менее важны **научные исследования в онкопсихологии**, которые служат основой для оказания адекватной профессиональной психологической помощи больным и их родственникам;
3. **обучение врачей, медицинского персонала и волонтеров** способствует формированию эффективного взаимодействия с онкологическими пациентами.

Рассмотрим более подробно каждое из направлений, по которым развивается современная онкопсихология, в том числе проблемы и сложности, с которыми она неизбежно сталкивается в процессе этого развития, а также способы их разрешения.

Профессиональная психологическая помощь пациентам и их родственникам

Целью профессиональной психологической помощи является психологическая адаптация больного к ситуации заболевания и лечения (научиться жить в условиях болезни). По словам классика, «болезнь есть одно из состояний, в котором может находиться человек во время жизни, и силы его должны быть направлены не на то, как выйти из такого положения, в котором он находится, а как наилучшим образом прожить в том положении, в котором он находится» (цит. по Толстой Л. Н., 2013). По сути, Лев Николаевич говорил о качестве жизни больного,

подчеркивал важность и значительность той жизни, которую человек проживает в ситуации болезни. Именно на качество жизни и направлена профессиональная помощь онкопсихолога. Для каждого больного ситуация болезни является сугубо индивидуальной, и возможности у человека в этой ситуации тоже различные. Одной из задач онкопсихолога является помощь пациенту в поиске, в себе и в окружении, того ресурса, который помог бы проживать ситуацию болезни наилучшим для него образом.

Формы оказания профессиональной психологической помощи:

- индивидуальное консультирование, в процессе которого психолог работает с состоянием больного, сопровождает его в принятии злокачественного характера болезни, а также обсуждает с больным такие экзистенциальные проблемы как неопределенность будущего, отсутствие контроля, поиск смысла;
- групповые формы психотерапии, в которых обсуждаются проблемы связанные с болезнью и лечением, экзистенциальные проблемы, а также проводятся специализированные виды терапии: различные варианты арт-терапии, танцевально-двигательной терапии и др.;
- семейная терапия – вопросы, касающиеся взаимодействия больного с близкими людьми.

Возможные проблемы. При взаимодействии с онкологическим пациентом у онкопсихолога могут возникать проблемы, предупредить которые можно, если специалист знает о них и осознает вероятность их появления. Это касается переживания интенсивных эмоций и чувств, переноса своего личного опыта на ситуацию пациента, отстраненности, дистанцированности от больного, а также попыток разрешения собственных психологических проблем за его счет. Рассмотрим эти проблемные ситуации подробнее.

1. Онкопсихолог, травмированный заболеванием или даже смертью близкого. У такого онкопсихолога возникает ложное впечатление, что он «знает» как работать, так как у него есть «опыт». В работе он пытается справиться со своими переживаниями, такими как тревога, утрата и обретение смысла и другими.
2. Онкопсихолог, манипулирующий пациентом для разрешения собственных личностных проблем. Ситуация онкологического заболевания создает у больного ощущение собственной уязвимости, внушаемости, беспомощности. Такое состояние человека вызывает у онкопсихолога эмоциональный отклик в виде желания помочь, спасти, указать как «правильно» вести себя в этой ситуации. Но если психолог использует эту ситуацию, чтобы удовлетворить свою неосознаваемую потребность во власти, то с его стороны это является проявлением неконструктивного выражения нормальной человеческой потребности быть уважаемым, значимым и нужным. В результате психологу в какой-то степени становится «выгодно», чтобы человек был уязвимым, ведь только в этом случае он сможет ощутить свое могущество. К сожалению, такая форма манипуляции пациентами со стороны психологов может нередко встречаться. В этом состоит проблема, которую очень важно осознавать.

Еще одной разновидностью манипуляции, в основе которой лежит неконструктивное удовлетворение потребности специалиста во власти, является использование при оказании психологической помощи пациентам различных псевдонаучных методов работы.

3. Онкопсихолог, использующий техники и методики как защиту от соприкосновения с болью и страданием. Онкопсихолог вовлекается в эмоциональное состояние больного: очень трудно быть безучастным в ситуации заболевания раком. Онкопсихолог активно использует различные методики и техники, тем самым уходит от собственных переживаний, в том числе, экзистенциальных.
4. Онкопсихолог может испытывать бессилие перед лицом неизлечимого прогрессирующего заболевания и в этой связи ощущать сомнение в значимости психотерапии вообще. Особенно часто от этого страдают психологи, которые попали под влияние своих амбиций и представлений о силе психотерапии.

Что можно сделать, чтобы разрешить обозначенные проблемы?

Онкопсихологу, естественно, нужно **быть профессионально компетентным** и иметь навыки профессионального взаимодействия с пациентом. Кроме этого, онкопсихологу важно быть психологически зрелым человеком, быть аутентичным в контакте с другим, чувствительным к боли и страданию другого. Онкопсихолог соприкасаясь с душевной болью онкологического больного и это учит его принимать жизнь со всеми ее негативными переживаниями, что вызывает у него собственную душевную боль. Так, теолог и философ-экзистенциалист Пауль Тиллих (1886–1969 гг.) отмечал, что принимать жизнь такой, какая она есть – это «мужество быть» (цит. по И. Ялом, 1999).

Онкопсихологу важно **осознавать свою профессиональную ответственность** при оказании психологической помощи онкологическому больному. Профессиональная ответственность проявляется в создании безопасного психотерапевтического пространства, где больной имеет возможность открыто выражать свои чувства, обращаться со своим переживаниям, противоречиям и конфликтам, актуализированным в связи с болезнью, делиться идеями по поводу причин своего заболевания, искать смысл в сложившейся жизненной ситуации. Создание такого пространства – это не только профессиональная ответственность, условие оказания психологической помощи, но и требование к личности психолога. Необходимо стремиться отслеживать свои чувства и сверяться с ними, осознавать свои мотивы и потребности (почему я выбрал работу с онкологическими больными, какие потребности я реализую в этой деятельности), свои экзистенциальные проблемы. Возможность размышлять над данными проблемами позволяют психологу соответствовать своей подлинности. Нельзя сказать, что в пространстве взаимодействия психолог и онкологический больной находятся в равных позициях: у них разные жизненные ситуации, но вместе с тем, они одинаково открыты новому опыту. При этом психолог «обогащается» не за счет пациента, а в результате своей внутренней работы.

Онкопсихологу важно **осознавать свою профессиональную позицию**, которая

основана на целях и ценностях профессии, понимании возможностей психологического консультирования, которые существуют даже в критических ситуациях, а также допущение своей беспомощности. Надо иметь в виду, что при онкологическом заболевании деятельность психолога нередко имеет временные ограничения: у его клиента может не быть времени жизни на длительные психотерапевтические отношения, но при этом значимость таких отношений для пациента может возрасти. Это, в свою очередь, требует от онкопсихолога постоянного профессионального совершенствования.

Онкопсихологу **необходимо получать супервизию**, участвовать в супервизорских, в том числе балинтовских, группах и индивидуально работать с супервизором, получать личную психотерапию, а также использовать различные конструктивные формы самопомощи.

Научные психологические исследования в онкологии

Цель научных исследований в онкологии – создание научной базы для психотерапии и образовательных программ.

Возможные темы психологических исследований в онкологии:

- исследование особенностей реагирования, принятия болезни, психологической адаптации и других феноменов, связанных с онкологическим заболеванием, у групп больных с различными локализациями опухолей;
- исследование отношения больных к лечению и используемых ими coping-стратегий, которые помогают лечиться;
- исследование отношения больного к своему телу;
- исследование отношения к заболеванию у пациентов, находящихся в ремиссии;
- исследование семейных отношений (супружеские отношения, взаимоотношения с детьми, отношения между больным и заботящимся о нем, исследование члена семьи, несущего «бремя заботы» о больном, исследование отношения к здоровью и болезни здоровых членов семьи);
- исследование волонтеров, бывших пациентами;
- исследование врачей-онкологов и медицинского персонала;
- исследование в ситуации онкологического заболевания ребенка (взаимодействие между больным ребенком и его родителями, взаимодействие больного ребенка, родителей и здоровых сиблингов, информирование ребенка и родителей, исследование адаптации ребенка к заболеванию на его различных этапах).

Проблемы, которые могут возникать в научных исследованиях в области онкопсихологии.

1. Одним из критериев научного исследования является его новизна. К сожалению, в настоящее время в работах в области онкопсихологии этот критерий не всегда соблюдается. Встречаются исследования, в которых различными тестами исследуется один и тот же феномен и, нередко, у больных с одинаковой локализацией опухоли, например, часто это больные с РМЖ. Таким

образом предмет исследования остается одним и тем же, и новизны в таких исследованиях нет.

2. Критерием научного исследования является его практическая значимость. Важно не проводить исследования онкологических пациентов ради исследования, так как это нарушает этические нормы.
3. Исследование больных без учета их различий по локализации опухолей, возраста, этапу заболевания и вида лечения.
4. Научные психологические исследования в онкологии привлекают не только онкопсихологов, но и других психологов, интересующихся этой темой, но не работающих в онкологии. Это нередко приводит к игнорированию метода клинических бесед в пользу большого количества тестового материала, что лишает исследование основной содержательной характеристики – переживаний пациента.

Что можно сделать, чтобы разрешить эти проблемы?

1. Каждое исследование должно начинаться с анализа литературы по интересующей исследователя теме (и не только за последние годы) и ответа на вопрос: «Чего нового я могу показать в своем исследовании, из того, что не изучалось ранее».
2. Исследователь должен спрашивать себя, какая практическая значимость предполагается у исследования.
3. Необходимо участвовать в обсуждении научных исследований на различных конференциях и съездах.

Профессиональное обучение врачей-онкологов, медсестер и волонтеров

Цель профессионального обучения – повысить эффективность взаимодействия специалистов с больными и родственниками.

Организационные и содержательные вопросы обучения:

- создание образовательных программ для врачей-онкологов и медицинского персонала, включающих в себя знакомство со спецификой ситуации онкологического заболевания, реакциями больных на заболевание и лечение, особенностями психологической адаптации больного;
- практическая подготовка врачей-онкологов и медсестер к общению с пациентами и их родственниками;
- использование методов самопомощи в профилактике эмоционального выгорания;
- тренинги по конструктивному взаимодействию с пациентами для волонтеров.

Возможные проблемы:

- отсутствие понимания необходимости психологической подготовки специалистов у администрации лечебных онкологических учреждений;

- отсутствие профессиональной психологической подготовки у врачей-онкологов и медицинского персонала;
- недостаточное понимание самими специалистами необходимости психологической подготовки;
- взаимодействие волонтеров, не прошедших психологическую подготовку, с онкологическими пациентами, что создает опасность психической травматизации как для пациентов, так и для самих волонтеров.

Решение проблем:

1. информировать о необходимости профессиональной психологической подготовки врачей-онкологов и медицинского персонала на различных уровнях администрации медицинских учреждений;
2. мотивировать врачей и медицинский персонал проходить обучение психологически грамотному взаимодействию с пациентами как одной из форм профилактики эмоционального выгорания.

Таким образом, онкопсихология, предметом специализации которой являются психологические аспекты в онкологии, является развивающейся дисциплиной клинической психологии. Она движется вперед, поэтому неизбежно сталкивается на своем пути с трудностями, проблемами, которые преодолимы, если мы их не избегаем, а стараемся осознать и разрешить.

В преодолении этих трудностей и проблем большую роль играют профессиональные объединения онкопсихологов. Их работа позволяет не только интегрировать предыдущий опыт, но и создает профессиональную среду, способствующую передаче этого опыта. Сотрудничество в сообществе является основой для развития онкопсихологии.

Литература

1. Аринцина И.А. Особенности работы клинического психолога в детском многопрофильном стационаре / И.А. Аринцина, Р.Ж. Мухамедрахимов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 5 (16) [Электронный ресурс].
2. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / пер. с фр. Ронина В.К., общ. ред. Оболенский С.В. / М., Изд-во: Прогресс-академия. – 1992. – 526 с.
3. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В., Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Тез. Всесоюз. симпози. «Совершенствование методов реабилитации онкол. больных». – Л., 1978. – С. 9–11.
4. Березкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. и др. Медико-психологические аспекты в онкологической клинике // Реабилитация онкологического больного. – Л., 1979. – С. 62–74.
5. Березкин Д.П., Екимов В.И. О некоторых медико-психологических аспектах в улучшении лечебной помощи больным раком желудка, толстой и прямой кишки // Проблемы медицинской психологии (материалы научной конференции). – Л.: Медицина. – 1976. – с. 70–72.
6. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Экстремальные и кризисные ситуации с позиций клинической психологии // Вестник С.-Петербург. ун-та. 2010. Сер. 12. Вып. 1. С. 9–17.
7. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Припутин А.С., Константинова М.М., Чулкова В.А., Дунаевский И.В. Комплексное паллиативное лечение – путь к улучшению качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии, 1997. – Т. 43, № 1. – С. 67–71.
8. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П. Скрининговое исследование уровня психоэмоционального напряжения онкологических больных в ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. С. 271–272.
9. Вагайцева М.В. Добрый доктор Балу // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. – 2023. – № 4(21). – С. 46–50.
10. Вагайцева М.В., Фадеева Д.Е., Семанова Ю.В., Репина О.В., Волков Н.О., Сенчук Р.Б. Психологическая служба Хосписа в Лохте и Северо-Западном регионе. Посвящается А.В. Гнездилову // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. – 2023. – № 4(21). – С. 37–45.
11. Гамеева Е.В., Степанова А.М., Ткаченко Г.А. и др. Комплексная реабилитация онкологических пациентов. Современная Онкология. 2024(1): 90–96.
12. Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 175–179.

13. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе // СПб. – КЛИНТ. – 1995. – 136 с.
14. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2002. – 162 с.
15. Горбунова А.В., Захарова М.Л. Особенности отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы // Научно-практический медицинский журнал «Детская медицина Северо-Запада». 2020. Т.8. №1. Материалы IV Национального конгресса с международным участием «Здоровые дети – будущее страны» 28 октября 2020 года. – с.123–124.
16. Демин Е.В., Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы // Вопр. онкол. – 1990 – Т. 36. – №3. – С. 360–364.
17. Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. Психоонкология: становление и перспективы развития // Вопр. онкол. – 2011. – Т. 57. – № 1. – С. 86–91.
18. Демин Е.В., Чулкова В.А. К 20-летию создания в России первой общественной противораковой организации в рамках международной программы Reach to Recovery // Всеросс. научно-практ. конф. онкологов / Под ред. В.М. Мерабишвили и др., СПб., 2008. – С. 146–147.
19. Демин Е.В., Чулкова В.А. Современный взгляд на проблему раннего выявления рака // Вопр. онкологии. – 2013. – Т.59. – № 5. – С. 611–655.
20. Донская Л.В., Демин Е.В., Артемкина Н.И. и др. Опыт реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения // Вопр. онкологии. – 1986. – Т. 32. – №4. – С. 73–76.
21. Захаров А.И. невроты у детей и подростков. Анамнез, этиология, патогенез. Л.: медицина. 1988.
22. Захарова М.Л. Особенности психологического сопровождения пациентов при прохождении лучевой терапии // Международный научно-практический журнал «Евразийский онкологический журнал». 2020. Том 8. № 2. Тезисы XI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. 23–25 апреля 2020. – с. 488.
23. Захарова М.Л., Иванов П.И. Специфика состояния пациентов с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохirurgическое лечение на аппарате Гамма-нож // X Всероссийский съезд онкопсихологов. 8–10 ноября 2018. Сборник тезисов. Москва, 2018. – стр.23–25.
24. Захарова М.Л. Особенности психологического сопровождения пациентов при прохождении лучевой терапии // Международный научно-практический журнал «Евразийский онкологический журнал». 2020. Том 8. № 2. Тезисы XI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. 23–25 апреля 2020. – с.488.
25. Захарова М.Л., Иванов П.И., Аникин С.А. О психологическом сопровождении пациентов детского возраста, получающих лечение на аппарате Гамма-нож // Российский нейрохирургический журнал. Том XIV / Специальный выпуск. «Поленовские чтения»: материалы XXI всероссийской научно-практической конференции. 26–28 апреля 2022. СПб, 2022. – С.198.
26. Захарова М.Л., Козлова В.В. Адаптационные ресурсы родителей в ситуации прохождения лучевой терапии ребенком, имеющим онкопатологию ЦНС // Тезисы VI Петербургского международного онкологического форума «Белые ночи 2020». АННМО «Вопросы онкологии», СПб.: 2020. – 426 с.
27. Захарова М.Л., Фетисов С.А., Гуцало Ю.В., Мартынова Н.И., Черкашин М.А. Использование игровой терапии для обеспечения комфортного психоэмоционального состояния детей в процессе лучевого лечения // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2018 Т.2. №6. – С. 46–48.
28. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 5. С. 31–42.
29. Зорза Р. и В. Путь к смерти. Жить до конца // Пер. с англ. – М. – Прогресс. – 1990. – 246 с.
30. Зырянова Н.Г. О некоторых психических особенностях больных раком прямой кишки // Проблемы медицинской психологии (материалы научной конференции). – Л.: Медицина. Иванюшкин А.А., Хетагурова А.К. Паллиативная медицина (историческое введение) // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным // Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. – Том I. – М.: 2004. – С. 58–74.
31. Иванова Г.Е., Аронов Д.М., Белкин А.А. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» // Вестник восстановительной медицины. 2016. №2 (72). С. 2–6.
32. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А. и др. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. №3. – С. 14–20.
33. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы проекта // Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2016, №2, С. 27–34.
34. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
35. Кириллова Л.Ю., Захарова М.Л. Специфика психоэмоционального состояния пациентов со злокачественными новообразованиями ЖКТ перед процедурой противоопухолевой лекарственной терапии // Вопросы онкологии. 2023. Том 69. №3. S1. С.173–174.

36. Ковалев В. В. Детская психиатрия. СПб.: Медицина. 1979.
37. Козлова В. В., Захарова М. Л. Мишени для психокоррекционной работы с матерями, сопровождающими ребенка с онкопатологией ЦНС при прохождении им лучевой терапии // VII Петербургский международный онкологический форум «Белые ночи 2021». Тезисы форума. Материалы VII Петербургского международного онкологического форума. Санкт-Петербург, 2021. – С. 141.
38. Климова С. В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих, Е. В. Фисун // Журнал Практической психологии и Психоанализа. – 2013. – № 1 [Электронный ресурс].
39. Кондратьева К. О., Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю. Роль медицинского психолога в мультидисциплинарной команде реабилитации онкологических пациентов // Фарматека. 2019. Т. 26. № 7. С. 79–81. DOI 10.18565/pharmateca.2019.7.79–81.
40. Крылова О. А., Кулева С. А. Ребенок, страдающий онкологическим заболеванием, и его семья (глава в руководстве) // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов». Изд. 2-ое, дополненное под ред. А. М. Беляева, В. А. Чулковой, Т. Ю. Семиглазовой, М. В. Рогачева. – Глава 4. – СПб.: Из-во АНО «Вопросы онкологии», 2018. с. 369–390.
41. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Элизабет Кюблер-Росс; [пер. с англ. К. Семенов., В. Трилис]. – Москва; Киев : София, 2001. – 316 с.
42. Лебедев В. Ю., Федоров А. В. К вопросу о мифологическом в медицинском дискурсе. Социолого-этнографический очерк. Вестник Тв. Серия: Философия (3). С. 53–67.
43. Лукошкина Е. П., Караваева Т. А., Васильева А. В. Особенности взаимосвязи социально-психологических характеристик с риском развития онкологических заболеваний: обзор исследований. Сборник научных статей Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике // – 2016. – С. 98–104.
44. Мельников Р. А., Шабашова Н. Я., Семиглазов В. Ф., Моисеенко В. М. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы // Вопросы онкологии. – 1981. – Т. 27. – № 7. – С. 77–82.
45. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи (утв. Минздравсоцразвития России 22.09.2008 № 7180-РХ).
46. Моуди Р., Аркенджел Д. Жизнь после утраты: как справиться с несчастьем и обрести надежду. Изд-во: София. 2010. – 109 с.
47. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А. М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. – 350 с.
48. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое дополненное // А. М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. – 436 с.
- Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002.
- Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л. – 1947. – 48 с.
- Психология кризисных и экстремальных ситуаций / коллектив авторов // под ред. проф. Н. С. Хрустальной/ СПбГУ. – 2018.
- Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. Злокачественные опухоли. 2016; 4: 54–58.
- Семиглазова Т. Ю., Чулкова В. А., Демин Е. В., Криворотько П. В., Семиглазов В. Ф., Беляев А. М. 30 лет Пациентскому движению онкологических больных в России [Электронный ресурс] // Интернет-портал Российского общества клинической онкологии. 2018. 11 декабря. rosoncowsweb.ru/news/society/2018/12/11/ (дата обращения 05.01.2024).
- Соловьева С. Л. Особенности работы психолога в клинике внутренних болезней // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – № 3 (9) [Электронный ресурс].
- Сондерс С. Помощь умирающим // Здоровье мира. – 1982. – № 11. – С. 16–19.
- Тарабрина Н. В., Ворона О. В., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 175 с.
- Толстой Л. Н. Круг чтения. Афоризмы и наставления // Эксмо. Москва. – 2013. – 284 с.
- Ткаченко Г. А. Использование мандалы в психодиагностике и психотерапии онкологических больных. Сибирский психологический журнал. – 2012; 45:48–54.
- Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система. Ж. Вестник московского университета. 1993. – Т. 14. – С. 3–16.
- Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник: пер. с англ. и нем. / В. Франкл // М.: Прогресс, 1990.
- Хвостовой В. В., Василенко Т. Д. Рецензия на руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов «Онкопсихология» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 5(58) [Электронный ресурс]. mprj.ru (дата обращения: 05.01.2024).

62. Холланд Дж., М. Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психо-онкологии (IPOS): интеграция психо-социального аспекта в ежедневный уход // Материалы Международной школы психо-социальной онкологии «Психо-социальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». Москва, 8–10 апреля 2013 г., Москва. – 2013. – С. 8–14.
63. Чулкова В.А. Об особенностях психологического реагирования больных раком молочной железы на этапе поступления в клинику // Тез. Всесоюз. симпозиум. «Совершенствование методов реабилитации онкол. больных». – Л., 1978. – С. 92–94.
64. Чулкова В.А. Особенности психологии женщин, заболевших раком молочной железы // Ранняя диагностика рака молочной железы. – Л., 1980. – С. 134–142.
65. ¹ Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПб универ. 2010. – Сер. 12. – Вып. 1. – С. 91–100.
66. ² Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб универ. 2010. – Сер. 12. – Вып. 1. – С. 188–191.
67. Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Дюжих Р.В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники // Учебное пособие для врачей-онкологов – СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2012. – 30 с.
68. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Душевный мир онкологического больного // Вопр. онкологии. – 2010 – Т.56. – №1. – С. 83–87.
69. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопр. онкологии. – 2014. – Т.60. – № 2. С. 94–98.
70. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Экстремальная и кризисная ситуация при онкологических заболеваниях // уч. «Психология экстремальных и кризисных ситуаций» под ред. Н.С. Хрустальной / СПбГУ. – 2018. – С.
71. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ушакова О.В., Богданова Е.И., Ваганова М.В. Организация и работа научно-практического семинара по психологическим проблемам в онкологии // Тезисы доклада на IV Всероссийском съезде онкопсихологов (23–24 августа 2012 г.). – М. – 2012 – С. 36–38.
72. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе / ж. Социальная психология и общество. – 2015. – Т. 6, №1. – С. 117–126.
73. Чулкова В.А., Черненко О.А., Пестерева Е.В., Кулева С.А. Психологическое исследование матери при лечении ее ребенка в онкологической клинике (параграф в руководстве) // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов». Изд. 2-ое, дополненное под ред А. М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. – Глава 6. – СПб.: Из-во АНО «Вопросы онкологии», 2018. – С.156–159.
74. Чулкова В.А., Васильева Н.Г., Черненко О.А. Боль при онкологических заболеваниях и психологические методы ее коррекции/ Вопр. онкологии. – 2016. №4 URL: cyderleninka.ru/article/n/bol-pri-onkologicheskoy-zabolevaniyah-i-psiologicheskie-metody-ee-korreksii (дата обращения 15.03.2024).
5. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка, Изд-во: Речь, 2010. – 102 с.
6. Шиповников Н.Б. Психологическая характеристика различных групп больных раком желудка и прямой кишки Н.Б. // Тез. Всесоюз. симпозиум. «Совершенствование методов реабилитации онкол. больных» – Л. 1978. – С.105–107.
7. Шиповников Н.Б., Колосов А.Е. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. – 1994. – 136 с.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007. – 352 с.
9. Ялов И. Экзистенциальная психотерапия / М.: Независимая фирма «Класс». 1999.
10. Ghada Mohammad Abu Shosha. Keep on Striving: The Impact of Psychosocial Support on Jordanian Adolescents with Cancer / Ghada Mohammad Abu Shosha // Health. – V. 8. – 2016. – P. 921–930.
11. Holland J.C., editor. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press; 1998. – 547p.
12. Mary Ann Ritchie. Self-Esteem and Hopefulness in Adolescents With Cancer / Mary Ann Ritchie // Journal of Pediatric Nursing. – V. 16, I. 1. – 2001. – P. 35–42.
13. Mulhern RK, Butler RW. Neurocognitive sequelae of childhood cancers and their treatment. Pediatric Rehabilitation 2004;7:1–14 (discussion 15–16).
14. Ullrich NJ, Embry L. Neurocognitive dysfunction in survivors of childhood brain tumors. Semin Pediatr Neurol. 2012; 19(1): 35–42.
15. Roberta Lynn Woodgate, Lesley Faith Degner "Cancer symptom transition periods of children and families" Journal of Advanced Nursing, 2004.
16. Sheena Daniels. Cognitive Behavior Therapy for patients with Cancer. J Adv Pract Oncol. 2015 Jan-Feb; 6(1): 54–56.
17. Sries M., De Vtiefel F. Psychotherapy in the Oncology Setting. Recent Results Cancer Res. 2018. Vol. 210. – P.145–161. doi: 10.1007/978-3-319-64310-6_9.

Методологические основания деятельности онкопсихолога, разделяемые членами Ассоциации

Экстремальная и кризисная ситуация при онкологических заболеваниях

Чулкова В. А., Пестерева Е. В.

Из уч. «Психология экстремальных и кризисных ситуаций»

под ред. Н. С. Хрустальной / СПб.: У. – 2018

Тяжелая болезнь, связанная с витальной угрозой, как правило, представляет для человека экстремальную ситуацию и является для него жизненным кризисом. Примером такой болезни может быть онкологическое заболевание.

Информация об онкологическом заболевании создает экстремальную кризисную ситуацию как для больного, так и для его ближайшего окружения. Ситуация онкологического заболевания имеет следующие общие признаки с другими жизненными экстремальными и кризисными ситуациями:

– **Внезапность возникновения ситуации.** Сообщение о заболевании для больного всегда неожиданно, внезапно. Даже если при дальнейшем анализе событий пациенты отмечали, что некоторые симптомы болезни наблюдались ими давно, все равно постановка диагноза врачом-онкологом являлась для них полной неожиданностью. Онкологические больные говорят об этом так: «*Неожиданно обнаружил...*», «*Вдруг почувствовал изменение...*».

– **Наличие витальной угрозы.** Онкологическое заболевание действительно представляет собой угрозу жизни заболевшего человека. После сообщения об онкологическом диагнозе одна больная сказала: «*Меня переехал трамвай*».

– **Разрушение картины мира.** Заболевание разрушает представления, убеждения, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира. Они складываются в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечают потребности человека жить в безопасном для него мире.

– **Отсутствие контроля над происходящим.** При онкологическом заболевании у больного появляется чувство утраты контроля над ситуацией, болезнью, лечением, жизнью в целом, возникает ощущение, что какие-то иррациональные силы, неподвластные разуму, господствуют над ним.

– **Неопределенность будущего.** Онкологическому больному, несмотря на длительное лечение, никто и никогда не дает гарантий окончательного выздоровления.

– **Стадийность протекания реакций.** Реакции на заболевание в течение периода адаптации к нему меняются, проходя несколько стадий.

Переживания онкологического пациента «заданы» экстремальным и кризисным характером его жизненной ситуации.

Наряду с общими признаками экстремальной и кризисной ситуаций, ситуация онкологического заболевания имеет следующие специфические признаки, определяющие психическое состояние больного:

Угроза жизни. Когда человек заболевает и его болезнь связана с витальной угрозой, происходит столкновение с реальностью, с физической ограниченностью жизни заболевшего. Разрушается «иллюзия бессмертности», которая имеет место в обычной жизни человека, когда он знает, что умрет, но это будет потом, и это знание делает его бессмертным в настоящий момент. Болезнь воспринимается как сигнал о конечности жизни, смерть становится вполне реальной. У больного происходит крах жизненных ожиданий, возникает ощущение непрочности жизни. Эти переживания особенно характерны для тех больных, которые в течение своей жизни жили, заботясь о других, игнорируя свои собственные потребности.

Полиэтиология заболевания. Отсутствие явной причины болезни ведет к мучительным раздумьям заболевшего человека и его ближайшего окружения. В неопределенных, плохо предсказуемых, разрушающих привычное существование, сопровождающихся витальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вовсе, у человека актуализируются иррациональные формы мышления. Информация об онкологическом заболевании «обрастает» мифами.

Отсутствие гарантий выздоровления (неопределенность исхода болезни). Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности. При каких обстоятельствах и когда болезнь может «выстрелить» в следующий раз, никто не знает. Отсутствие контроля сужает жизнь человека до настоящего момента, теряется жизненная перспектива.

Калечащий характер оперативного вмешательства. До сих пор, к сожалению, лечение большинства онкологических больных состоит в удалении опухоли путем калечащей операции. Калечащий характер операции, наряду с другими видами лечения, резко снижает качество жизни при любом онкологическом заболевании. Например, у онкогинекологических больных, даже успешно прошедших лечение, возникают проблемы в сексуальной жизни, которые вызваны характером лечения (операцией, лучевой терапией), что влияет на супружеские отношения (Greer S., 1989). Особенно тяжело переживаются людьми калечащие операции, изменяющие внешний образ человека: рак горла, рак прямой кишки, рак молочной железы и др. Таким примером могут быть переживания больных раком молочной железы: удаление молочной железы практически всеми пациентами воспринимается как утрата части самой себя, затрагивает глубинные механизмы принятия себя как женщины, влияет на сексуальные отношения. Эти переживания несут в себе угрозу психической травмы заболевшей женщины. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение (Чулкова В. А., 1980). Вместе

с тем, следует обратить внимание на то, что во всем мире рак молочной железы занимает первое место как по заболеваемости среди женщин, так и по смертности. Несмотря на то, что данное заболевание на сегодняшний момент успешно лечится, высокий показатель смертности связан с обращением женщин за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, что во многом обусловлено страхом перед раком и калечащей операцией. Для онкологического пациента требуется много усилий, чтобы принять не только болезнь, но и свое искалеченное тело: «Мое тело стало для меня чужим. Это не мое. Мое тело — здоровое и красивое, а это — это чужое. Даже не думаю, а просто не верю, что со мной такое могло стать» (больная Е., 52 г.), «Просыпаюсь, ощупываю себя, и плачу. Или наоборот — боюсь к себе прикоснуться и понять, что там ничего нет...» (больная Т., 54 г.). Психическая травма от калечащего характера операции остается даже после реконструкции молочной железы: «Я чувствовала себя старухой, зверем в зоопарке. Конечно, я готова была на маммопластику, на что угодно, только бы мне вернули мое тело, только бы снова целиком быть, быть целой. У меня было ощущение, что настоящая Я, которая думает и чувствует, осталась в удаленной молочной железе» (комментарий больной О., 49 л., недавно перенесшей операцию по реконструкции молочной железы, к вопросу об удовлетворенности внешним видом).

В этой связи естественно, что различного рода сильные эмоциональные реакции не только в виде страха и тревоги, но и раздражительности, враждебности, вызванными обезображиванием собственного тела, являются вполне закономерными.

Длительное тяжелое лечение, сопровождающееся болью. Онкологический больной оказывается в чрезвычайно сложной жизненной ситуации: лечение требует мобилизации физических и душевных сил, в то время как болезнь и лечение и связанные с ними переживания приводят к значительным психологическим, физическим и биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента. В настоящее время достаточно распространенными и эффективными методами лечения онкологической патологии различной локализации являются лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия, биотерапия и др. Данные виды терапии не дают мгновенного, быстрого эффекта (требуется продолжительная, в течение нескольких циклов, терапия) и нередко сопровождаются побочной симптоматикой. Процесс лечения онкологического заболевания может вызывать когнитивные дисфункции в виде лабильности мыслительной деятельности, повышенной внушаемости. Многие пациенты жалуются на раздражительность, испытывают постоянное чувство усталости, апатию как беспокоящие их симптомы, вызывающие дистресс. Несмотря на то, что химиотерапевтические препараты не обладают непосредственным психотропным действием, они являются токсичными для организма больного. Химиотерапии практически всегда сопутствуют тошнота, рвота, нервозность, ухудшение настроения вплоть до выраженной депрессии, которые тяжело переносятся больными: «После очередной химиотерапии трупом лежу» (больная В.). Кроме того, к числу побочных эффектов лечения относятся изменение массы тела, алопеция (облысение), боли в суставах. Физические и психологические осложнения могут быть такой степени выраженности, что полученный эффект от лечения нередко недооценивается больными. Примером этого является проведение химиотерапии у больных раком молочной железы: критически

оценивая свои психические переживания, отчетливо связывая их с проведением химиотерапии и испытывая страх перед ними, больные нередко отказываются от курса химиотерапии. При этом в некоторых случаях даже врачи-онкологи, боясь неадекватных реакций больных, начинают считать их противопоказанием к проведению химиотерапии (Асеев А. В., 1993). В проведенном нами психологическом исследовании больных раком молочной железы изучалось отношение пациенток к химиотерапии в зависимости от ее длительности и определялось психоэмоциональное состояние во время курса адъювантной (дополнительной) лекарственной терапии. Было выявлено, что по мере увеличения числа курсов химиотерапии возрастало количество больных, испытывающих страх перед лечением, тех, кто плохо переносит химиотерапию и для которых лекарственная терапия оказалась тяжелее, чем они предполагали.

Боль имеет особенное значение для онкологических больных. Бытующее мнение о заболевании раком свидетельствует, что оно сопровождается непереносимыми страданиями и болью, поэтому у больных возникает страх, связанный с болезнью. Нередко больные, по их словам, боятся даже не самой смерти, а смерти мучительной. Известно, что боль в большой степени связана с эмоциональным состоянием человека. Проведенные исследования психических факторов, оказывающих существенное влияние на боль, указывают на то, что тревожность часто сопутствует острой боли, хотя нередко присутствует и при хронической (Bond R., 1986). Наиболее частой личностной характеристикой, сопровождающей хроническую боль, является депрессия (Поляков С. Э., Мамедов Н. М. и др., 1986, Charney R. C., 1977). Именно тревога и депрессия, как показывают и наблюдения, и проведенные исследования, преобладают у онкологических больных.

Изменение социального статуса. Болезнь резко изменяет социальный статус человека: он из разряда здорового, работающего переходит в разряд больного, инвалида. Вследствие болезни у больного может возникать чувство возможной потери семейных отношений и отношений с окружающими, работы, социального статуса.

Сколько бы лет ни было человеку, ему трудно и даже невозможно подготовиться заранее к болезни и к тем лишениям, которые ее сопровождают. Но еще более тяжело переживается заболевание, когда оно возникает на пике профессионального роста, репродуктивного возраста больного и т. д. Жизнь больного человека становится ограниченной: «Диагноз, как клетка», «Болезнь меня поставила на колени».

Изменение материального положения. В ситуации заболевания материальное положение человека изменяется в сторону ухудшения, так как лечение и сопутствующий ему уход требуют значительных материальных затрат.

В ситуации онкологического заболевания актуализируются экзистенциальные проблемы, которым в обычной жизни, до болезни, нередко не уделяется внимание. В первую очередь, как указывалось выше, заболевший человек сталкивается с угрозой жизни, его собственной жизни. Кроме того, заболевание оставляет человека один на один со своими проблемами: ведь близкие, как бы они ни хотели, не могут пережить боль и страдания за другого человека. Эти мучительные для

больного переживания вызывают глубинное ощущение одиночества. У больных разрушается иллюзия справедливого устройства мира. Человек теряет смысл существования. Нет ни одного онкологического больного, не задающего себе вопроса «Почему я заболел?», который переформулируется в другие вопросы: «За что?», «За какие грехи?», «Как теперь жить?», «Стоит ли жить, если вся жизнь — химиотерапия?» Перед больным возникают вопросы ответственности за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Духовные проблемы не всегда осознаются человеком, но они придают его переживаниям особенно мучительный оттенок.

Все описанное выше сопровождается негативными переживаниями: страхом, тревогой, стыдом, обидой, беспокойством, чувством вины, которые являются проявлением страдания.

На фоне интенсивных отрицательных эмоций у больных наблюдается изменение познавательных процессов: трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти. Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений.

На соматическом уровне появляется ощущение физической слабости, физического истощения, чувство стеснения в горле, одышка с ощущением нехватки воздуха, прерывистое дыхание со вздохами.

Таким образом, болезнь проявляется на всех уровнях существования человека (Моисеенко В. М., Чулкова В. А., 2007):

- на соматическом – нарушением функционирования органов и систем;
- на эмоциональном – проявлением негативных эмоций: страха, тревоги, гнева, обиды, злости и других;
- на психологическом – нарушением отношений к самому себе и к окружающим;
- на социальном – изменением социального статуса и социальных связей;
- на духовном – переживанием конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни.

Литература

1. Асеев А. В. Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы // Клиническая медицина. 1993. № 3. – С. 30–34.
2. Моисеенко В. М., Чулкова В. А. Психонкология: пособие для врачей. СПб.: СПб МАПО, 2007. – 38 с.
3. Поляков С. Э., Мамедов Н. М., Коханов В. П. Психиатрические аспекты хронической боли и рефлексотерапия (обзор литературы) // Мед. реф. жур., дек. 1986. Раздел IX, № 12. – С. 46–52.
4. Чулкова В. А. Исследование системы отношений и эмоциональной напряженности у больных раком молочной железы // Сб. «Социально-психологические исследования в психоневрологии». Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1980. – С. 128–132.
5. Greer S. Can psychological therapy improve the quality of life of patients with cancer // Br. J. Cancer. 1989. N 59. P. 149–151

Системный подход к изучению и лечению рака требует обращения специалистов не только к соматическим, но и к психологическим аспектам болезни, без учета которых проблемы онкологии не могут быть успешно разрешены. Психологическая составляющая любого заболевания определяется отношением человека к болезни и проявляется в виде его реакций на процесс. Онкологическое заболевание разрушает привычное существование человека. Любому индивиду свойственно стремление адаптироваться к изменениям в жизни, при этом он использует свой внутренний ресурс и личностный потенциал. Каждый онкологический больной пытается приспособиться к изменившимся условиям существования, т. е. научиться жить в ситуации болезни. Можно сказать, что это является психологической задачей больного и его целью.

Несмотря на имеющиеся общие закономерности адаптации, диапазон реагирования больных на заболевание чрезвычайно широк. Все, что происходит с больным при адаптации к болезни, отражается в его переживаниях. Переживания – это процесс, который позволяет перерабатывать и переосмысливать жизненную ситуацию, в которой находится больной. В результате выражения чувств и переживания у больного снижается психоэмоциональное напряжение, и у него могут появиться новые, более адекватные способы адаптации к болезни.

Онкологическое заболевание сопряжено с интенсивными и мучительными переживаниями больного, которые влияют на лечение и исход болезни. Сверхсильные переживания адекватны ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой. Они влияют на отношения больного с окружающими. Непонимание окружающими роли и ценности переживаний онкологического больного препятствует его адекватной адаптации к болезни.

Врач по роду своей деятельности соприкасается с переживаниями больного независимо от своего желания и по-разному на них реагирует. Когда больной «открыто» выражает свои сильные чувства, врач нередко испытывает неловкость и беспомощность, не знает «что делать». Находиться рядом со страдающим человеком субъективно трудно. Повседневная работа врача – это чаще всего действие, направленное на облегчение состояния больного. Врачу сложно быть рядом со страдающим человеком и при этом не предпринимать никаких действий; «недействием» вызывает у него сопротивление, протест. Тем не менее, в ситуации открытого выражения сильных чувств больным врачу не следует препятствовать их проявлению, даже, наоборот, необходимо признать нормальность чувств больного, которые являются естественным отражением происходящего с ним. Именно это создаст условия для понимания реальной ситуации, в которой находится больной, и возможность находиться в ней самому врачу.

Тем не менее, существует мнение, что врачу не надо знать о переживаниях больного, поскольку оно «вредит» ему и его работе. Крайним вариантом такого

мнения является страх «психологического заражения» чувствами заболевшего. В данном случае врач избегает встречи с реальной жизненной ситуацией не только пациента, но и со своей реальной повседневной рабочей ситуацией, которая является частью его жизни.

Вместе с тем, если врач не знает о переживаниях больного, то ему трудно сохранять профессиональную позицию так называемых субъект-субъектных отношений. Иначе говоря, врач начинает относиться к больному как к объекту. Такое отношение является разрушительным не только для пациента, но, прежде всего, для самого врача, так как противоречит сути врачебной деятельности в основе которой лежит помощь страдающему человеку и забота о нем. Исходя из этого, врачу необходимо знать о переживаниях больного. Но и здесь существует крайняя позиция, для которой характерна чрезмерная вовлеченность врача в переживания больного, когда стираются границы между его профессиональной и личной позицией. Каким бы богатым не казался врачу его личный опыт, его не всегда бывает достаточно, чтобы грамотно, не с житейской, а с профессиональной психологической точки зрения организовать свои отношения с пациентом. Именно неумение разграничить «личностное» и «профессиональное пространство» представляет собой опасность для врача: оно может способствовать развитию у врача эмоционального выгорания.

Таким образом, как чрезмерная отстраненность от больного, так и чрезмерная вовлеченность в его переживания, мешают врачу увидеть, что происходит с больным в действительности. Знание и понимание переживаний больного способствует адекватному отношению к человеку, находящемуся в ситуации онкологического заболевания, и позволяет выстраивать партнерские, субъект-субъектные отношения, являющиеся залогом доверия больного врачу и формирующие активную и ответственную позицию больного. Ценность переживаний больного, сопровождающих онкологическое заболевание, состоит в том, что, только переживая и страдая, больной может переформировать представления о мире и о себе, что способствует адаптации к жизни в условиях заболевания.

Цель данного сообщения состоит в том, чтобы с помощью анализа клинико-психологических бесед с больными показать, как переживается онкологическими больными их заболевание и какова роль этих переживаний в адаптации больных к болезни.

При обнаружении онкологического заболевания у человека актуализируются экзистенциальные проблемы, которые не всегда осознаются, но влияют на поведение человека, на формирование отношения к болезни, к жизни, к себе [Моисеенко В. М., Чулкова В. А., 2007]. В первую очередь, у заболевшего человека происходит столкновение с такой проблемой, как конечность жизни. Обычно человек защищается от страха смерти иллюзией бессмертности. При заболевании происходит разрушение иллюзии бессмертности, смерть становится вполне реальной и неизбежной. В обыденной жизни даже мысль о раке порождает страх и тревогу. Для многих заболевание представляется фатальным, несущим в себе не только смерть, но неизбежность боли и душевных страданий. Бытует мнение, что рак сопровождается мучительными физическими страданиями. При этом фи-

зическая боль и душевные страдания не изолированы, а взаимосвязаны. Известие о диагнозе пронзает все существо человека: «Самое трудное — просыпаться по утрам или днем, когда проснусь. Отчаяние хватает за горло» (больная У.), «Это было как открытая душевная рана, которая болела и ныла» (больная Б.), «После посещения онколога не верю, что это Я, до сих пор не верю» (больная С.). Информация о заболевании является разрушительной для личности человека, часто у больных возникает желание не жить: «Когда вышел от врача, все вокруг казалось нереальным и не хотелось жить» (больной Д.).

Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности, и это сопровождается душевными страданиями. По существующей сегодня врачебной традиции, даже при длительной ремиссии, диагноз онкологического заболевания не снимается: «Мы теперь навечно «меченные» (больной В.). При таких обстоятельствах и когда болезнь может «выстрелить» в следующий раз, никто не знает. У больного возникает ощущение невозможности контролировать свою жизнь из-за заболевания, он вынужден доверять ее другим (врачам). Отсутствие контроля сужает жизнь человека до настоящего момента, теряются жизненная перспектива и прежний смысл жизни.

У больных разрушается иллюзия справедливого устройства мира, возникают вопросы «Почему я заболел?», «За что?», «За какие грехи?». Эти вопросы очень важны для человека, так как в дальнейшем они могут трансформироваться в поиски ответа на вопрос «Какой смысл моей болезни?». В обычной жизни человек редко задумывается о смысле жизни, но когда стоит вопрос о возможной реальной смерти, то возникают вопросы о жизни: «Что есть моя жизнь?», «Кто я в своей жизни?». Вот некоторые рассуждения больных: «Всегда хотела быть и хорошим специалистом, и хорошей женой, и матерью. Всегда хорошо выглядеть, все успевать, не расслабляться, вся моя жизнь — «быть где-то» (больная С.), «Все о них, а жизни не уходит, своей жизни нет» (больная К.).

Заболевание оставляет человека один на один со своими проблемами, ведь близкие, как бы они не хотели, не могут пережить боль и страдания за другого. Эти мучительные для больного переживания вызывают глубинное чувство одиночества: «Сейчас я как будто сижу одна в пустом зрительном зале, а все другие люди, как на экране передо мной, ходят, двигаются» (больная У.), «Я, как мушка в космосе, меня как бы и нет» (больная Л.). Вследствие болезни возникает чувство возможной потери семейных отношений и отношений с окружающими, работы, социального статуса. В связи с этим, наряду со страхом, у больных возникает чувство вины перед близкими за возможные материальные трудности и за то, что слишком много времени у окружающих «отнимают» своей болезнью. Эти люди в обычной жизни, до болезни, не привыкли концентрировать внимание близких на себе. Кроме того, большинство больных интуитивно отмечают для себя связь между заболеванием и образом жизни, поэтому может возникать чувство вины за пренебрежительное отношение к своей жизни, к своему телу. Тело дано человеку природой, можно сказать, как дар, и нередко в этой связи им обесценивается. В большинстве случаев у человека отсутствует контакт со своим телом, который влияет на его при-

нятие самого себя. Онкологическому больному трудно выразить свои ощущения и представить свое тело. Он часто не осознает ту часть тела, где развивается опухоль. Формируется двойственное отношение к телу: с одной стороны, стремление избегать встречи с источником боли, страдания и отсутствие адекватной информации о заболевании способствуют этому. С другой стороны, симптомы болезни акцентируют внимание человека на его теле: «Ну что, сама виновата, надо было раньше обращать внимание. Иногда просыпаюсь ночью и плачу, прошу у тела прощения за то, что не замечала его раньше, не обращала на него внимания» (больная А., 59 лет). Специфическое и нередко агрессивное лечение формирует сложные отношения больного с собственным телом вплоть до отчуждения, ощущения предательства с его стороны: «Мне кажется, что мое тело умерло. Сразу умерло, как только я узнала о диагнозе. Я живу своими эмоциями и чувствами, но теперь я не понимаю, что происходит. Я очень эмоциональный человек, но чувства — они во мне, в моей душе, а не в моем теле. Мне кажется, я ненавижу свое тело за то, что оно преподнесло мне такой «сюрприз» (больная Д., 28 лет).

Все вышеуказанное сопровождается негативными чувствами: страхом, тревогой, гневом, стыдом, обидой, беспокойством, которые являются проявлением страдания. Они неизбежны и необходимы в ситуации заболевания. Необходимость этих страданий в том, что только в процессе их переживания человек может осмыслить и принять заболевание и изменившуюся в связи с ним реальность. «Умереть не умру, но для этого надо пережить мучительный период» (больная Е.).

Следует отметить, что на фоне интенсивных переживаний у больных наблюдается «сужение» когнитивной сферы, происходит снижение и искажение восприятия информации, необходимой для адекватной оценки собственных личностных возможностей, в результате чего нарушается способность к принятию конструктивных решений. Сверхсильные и мучительные переживания разрушают представление о безопасном существовании и являются психической травмой для человека. При психической травме информация извне, а в данном случае диагноз онкологического заболевания, оценивается личностью как непереносимая для существования. Практически каждый онкологический больной травмирован известием о заболевании. Внешняя травма трансформируется во внутреннюю («самотравмирующую» силу [Калдеш Д., 2007; Решетников М.М., 2006]. В результате этого психическая жизнь человека редуцируется.

С точки зрения психологии, можно рассматривать ситуацию онкологического заболевания как экстремальную и как кризисную [Карпова Э.Б., Чушкова В.А., 2007]. Экстремальной ситуации свойственны непереносимые переживания, являющиеся результатом чрезмерного внешнего и внутреннего напряжения, которые нарушают психическое равновесие. В экстремальной ситуации сила чувств настолько велика, что у больного возникает страх «сойти с ума». Больные отмечают изменение жизни в связи с заболеванием, и требуется напряжение всех внутренних сил, чтобы «удержать эту жизнь». При этом жизнь часто воспринимается как рутинная последовательность событий с неизвестным концом, значение которого прояснится с течением времени; лечебная терапия «еще одна из проблем», свалившаяся извне, «но жизнь продолжается». Больные живут надеждой, что «все

образуется, главное перетерпеть», надо «полечиться, решить проблемы со здоровьем и все нормализуется». Однако психическая травма от заболевания может длиться долгие годы и носить разрушительный характер для психики и здоровья человека. Медикаментозное излечение (здесь мы имеем в виду лечение самого онкологического заболевания) не избавляет от страданий, душевные переживания не дают полноценно жить: «У меня все хорошо, развитие заболевания приостановлено, дома все идет своим ходом, но не могу жить» (больная М.). Попытки жить привычной жизнью, удержаться за «старое» в изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации, приводят к увеличению напряжения, которое люди не всегда могут выдержать. Это может проявляться в «сломе», когда «все есть, а счастья нет», дезадаптации, выражающейся в фиксации на болезненных переживаниях, в обострении другого заболевания, депрессии, суициде (например, случай из практики, указывающий, что больной физически выжил, а психологически для него уже наступила смерть: человек в течение пяти лет ремиссии не встает с постели и ест одни бананы).

Показано, что у онкологических больных в развитии сердечно-сосудистых заболеваний играет меньшую роль, чем непосредственное воздействие химиотерапии, играют травмирующие переживания, связанные с заболеванием, нарушение системы взаимоотношений с другими людьми и трудности социальной адаптации [Fuku M., Uchkoba Y., Maeda M. et al., 2002]. Обычно люди пытаются справиться с напряжением путем проговаривания (они вновь и вновь возвращаются к переживаемому событию), что близкими может восприниматься негативно: «Не думай о болезни, отвлечись». Больных «одинаково раздражает и рыдание у кровати, и делание вида, что ничего не произошло», то и другое свидетельствует о непонимании. В результате отсутствия поддержки и понимания со стороны окружающих душевные переживания усиливаются. Разрушающее действие психической травмы проявляется в сновидениях (чередa снов больной Е.: «Ищу и не могу найти дорогу к дому, натыкаюсь на преграды. Сама в рваной одежде, ноги босые, стыдно перед окружающими»; «Старый разрушенный дом без крыши, пол плохой, и можно провалиться, а падать высоко. Это мой дом, я живу в нем»; «Дом, как будто бы строился, полно мусора, но дом не достроен». «Дом» для этой больной — символ жизни и семьи). Единственным выходом из травмирующей ситуации является проживание, проработка душевных страданий, и больные, конечно, переживают происходящее, но не у всех есть возможности, в силу различных причин, сделать эти переживания основой для построения новых связей в жизни. При этом необходимо понимать, что использование психотропных препаратов не решает психологических проблем онкологического больного, однако, может способствовать улучшению его психического самочувствия. Так, по мнению некоторых авторов [Решетова Т.В., 2009; Спринц А.М., 2008], применение препарата тритико снижает психоэмоциональное напряжение больного.

Другая часть больных переживает ситуацию заболевания как кризис. Для кризиса тоже характерна психологическая травма. При сравнении экстремальной и кризисной ситуации отличаются друг от друга. В экстремальной ситуации человек ощущает ее как чрезвычайно сложную и трагичную, которую нужно «перетерпеть, пока что-нибудь не изменится». Для кризиса характерны те же ощущения, но при

этом имеется чувство «переломности» момента, который открывает возможность, зачастую болезненную, пересмотра представлений о себе, «не могу жить так, как жил, но как жить иначе, не знаю». Больные понимают, что уже не могут быть в той роли, в какой жили раньше: «Возвращение домой страшит, так как здесь я такая, какая есть, а дома опять роль все успевающей нормальной женщины, а сил уже нет» (больная С.). Страдая, эти больные пытаются не избежать или снизить остроту переживаний, а пройти «сквозь них». У больного возникает острое ощущение Я, своей жизни. Все это проявляется болезненным переживанием внутренней разобщенности, отчуждением от окружающих. Вся предыдущая жизнь оказывается вне соответствия той реальности, в которой находится человек. «Самым тяжелым был момент, когда появилось желание жить, но для этого необходимо внести перемены в жизнь. Жизнь должна стать совсем другой» (больная В.). Суть переживаний в кризисе состоит в том, что больной осознает: «Мне самому принадлежит главная роль, ситуация изменится, если я сам смогу измениться».

Заболевание сужает рамки жизнедеятельности больного, больные говорят: «Для меня диагноз — это клетка с толстыми металлическими прутьями, которая защищает от настоящей жизни» (больная Е.), «В связи с заболеванием я живу, как под колпаком, который меня защищает, но и жить не дает» (больной Л.). Получается так, что вследствие болезни, человек живет в рамках, которые он создает для себя сам и которые создает ему окружение, что ограничивает его возможности. На вопрос «Изменилась ли жизнь в связи с заболеванием?» больная отвечает: «Полностью изменилась. Я работала, у меня было много друзей, я ездила... А теперь — работать нельзя, видеть никого не хочу, тяжело поднимать и так далее... да нет, полностью изменилась, конечно».

Ощущение «переломности» момента воспринимается больным как призыв самому поучаствовать в собственной жизни: «нужно что-то делать», внутри него зреет что-то, что подталкивает больного «выйти» за пределы своего Я. На этот же вопрос больная О. отвечает: «Изменилась! В первую очередь я изменилась: начала радоваться простым вещам, на которые раньше не обращала внимания. Я стала больше улыбаться, ценить хорошее отношение и терпение других, сама стала терпимее к людям. Когда понимаешь, что вот это все с тобой, возможно, происходит в последний раз, сразу безразличны все обиды и выдуманные неприятности». Больные активно ищут выход и готовы воспринимать помощь, в том числе, и психологическую. Все существо больного настроено на поиск, который не всегда осознается, но помогает «организовать» пространство вокруг, и тогда решение может прийти через строчку из книги, через наблюдаемые явления природы, в результате обращения к религии, к психологу и даже в виде сновидения. Больному Л. снятся несколько ночей один и тот же сон: «Я долго строю дом. Устал... Осталось построить лестницу. Очень стараюсь. Лестницу строю витую, необычную, раньше я такую нигде не видел. Работаю, не покладая рук, сильное желание закончить. И я ее закончил, она мне нравится». Сновидение изменило его: «Какой-то знак в этом есть», появилось чувство своего внутреннего мира: «Живу с ощущением этого сновидения в себе», начал задумываться о жизни, о судьбе).

Однако, чтобы появилось новое видение в кризисе, чтобы дать жизнь новому

я, надо расстаться с прежним, поэтому поиск мучителен и не всегда приводит к успеху: может не хватить сил, терпения, поддержки. Конструктивное разрешение кризиса возможно у тех, кто имеет мужество быть открытым для жизни, принимать ее такой, какая она есть. Больной, который преодолевает заболевание, достигает новой здоровой идентичности. Даже те, кому не суждено поправиться физически, по-другому начинают воспринимать жизнь. Больной постепенно воссоздает свою жизнь, но уже с учетом заболевания. При этом происходят размышления о болезни, о ее месте и роли в жизни больного, переосмысление жизни. В этом процессе формируется его ответственность по отношению к самому себе, к своему здоровью, возникает более реалистичное восприятие жизни, которое дает ему перспективу.

«Произошел душевный перелом, и наступило улучшение. Стала понимать, что может быть еще хуже, поняла, что могу умереть. Стала искать выход. Душевный. Стала задумываться и размышлять. Это моя жизнь. Это мне дано. Дети справятся. Надо заниматься собой, ценить жизнь, принимать каждый день, радоваться, мир прекрасен. Принять все, как есть. Главное — жить» (больная М., 45 лет). «В этот раз я сразу поняла: прежде, чем мной займутся врачи, я должна попробовать что-то сделать для себя сама: хоть небольшую часть надвигающихся непонятных перемен взять под контроль — и если не саму болезнь, то свое отношение к ней. Такое решение не было озарением. Это был первый вполне зрелый плод упорной работы над собой, своим горем, своими переживаниями — работы, которую я больше двух лет вела совместно с профессиональным психологом». И далее: «Я совершенно успокоилась, поняв, что есть вещи, которые я могу контролировать: свое настроение — страх и свои ощущения — боль, и есть вещи, которые я могу просто принимать — болезнь» (из дневника больной С., 44 года).

Таким образом, онкологическое заболевание сопровождается сверхсильными и мучительными переживаниями больного, которые необходимо врачу учитывать при взаимодействии с ним. Только переживая, больной может адекватно адаптироваться к ситуации заболевания.

Литература

1. Калаш Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / Пер. с англ. — М.: Академический проект, 2007. — 268 с.
2. Карпова Э. Б., Чулкова В. А. Онкологическое заболевание как психологический кризис // Ананьевские чтения-2007: мат. научн.-практ. конф. СПб университета. — СПб., 2007. — С. 556–557.
3. Моисеенко В. М., Чулкова В. А. Психоонкология. Пособие для врачей. — СПб., 2007. — 38 с.
4. Решетников М. М. Психическая травма. — СПб: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 2006.
5. Решетова Т. В. Человек, помоги себе сам (психологическая поддержка и психофармакотерапия в онкологической клинике) // Вopr. онкол. — 2009. — Т. 55. — С. 116–119.
6. Спринц А. М. Депрессии явные и скрытые // Terra Medica Nova. — 2008. — № 4. — С. 16–18.
7. Fuku Mi. D., Uchkoba Y., Maeda M., Ogawa S. Longitudinal evaluation of anthracycline cardiotoxicity by signalaveraged electrocardiography in children with cancer // Radiat. Int.—2002.—Vol. 44, № 2.—P. 134–140.

В онкологических учреждениях России на диспансерном учете состоят около 3 млн человек, из них 57,7% имеют срок выживаемости более пяти лет [5]. На каком бы этапе течения заболевания (включая ремиссию) не находился онкологический больной, какому бы виду лечения он не подвергался, переживания, сопровождающие онкологическое заболевание, всегда влияют на то, как живет этот больной, определяют качество его жизни. Ситуация, возникающая в результате онкологического заболевания, не проходит бесследно ни для одного пациента и практически ни для одной семьи, имеющей такого больного. Она разрушает привычное существование человека.

Характерная в этих случаях внезапность обнаружения заболевания, резко изменившаяся ситуация — был здоров, стал смертельно больным — вызывает ощущение растерянности, тупика, обесценивания прежнего жизненного опыта.

Известие об онкологическом диагнозе — это всегда информация о том, что человек смертен. Принятие ее сопровождается мучительными и предельными переживаниями. Страдания не позволяют человеку видеть выход из сложившейся ситуации, и у больного могут возникнуть мысли о суициде как о возможном способе «выхода» из тупика. У определенной части больных данные мысли отражают их стремление контролировать свою жизнь, так как при заболевании больных появляется чувство утраты контроля над ситуацией. Мысли о суициде создают ощущение у больного, что он контролирует ситуацию и сам определяет, когда прекратить мучения (Большая В., 49 л.: «И это знание помогает мне жить»).

Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности. Невозможность контролировать свою жизнь в болезни может приводить к потере жизненной перспективы, смысла жизни.

Болезнь, связанная с витальной угрозой, обостряет уже имеющиеся проблемы. Так, игнорирование потребностей своего тела вызывает противоречивые чувства по отношению к нему, а трудности и проблемы, существовавшие в семье до болезни, трансформируются в трудноразрешимые проблемы одиночества и отчуждения. При заболевании добавляются проблемы, здоровыми людьми часто не осознаваемые. Актуализируются экзистенциальные проблемы, которым в обычной жизни, до болезни, нередко не уделяется внимание. Переживание экзистенциальных проблем придает душевным страданиям больного тягостный характер. Они проявляются в виде душевной боли, которую трудно описать словами. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как себя вести, хотя и готовы оказать помощь заболевшему. При этом сам больной порой не хочет принять предлагаемую ему помощь, поскольку он погружен в свои переживания.

Сверхсильные мучительные переживания разрушают представления человека о безопасном существовании и являются причиной психологической травмы. После шока, вызванного сообщением о диагнозе, больному, чтобы существовать в изменившемся для него мире и принять болезнь, необходимо пройти несколько стадий: отрицания, агрессии, депрессии, попытки «сговора» с судьбой, принятия [3]. Каждая из стадий способствует продвижению больного в принятии болезни и при этом наполнена разными переживаниями. Можно сказать, что на каждой из них больной решает свои психологические задачи. Темп продвижения по стадиям индивидуален. Больной может обратиться за психологической помощью на любой стадии.

В настоящее время профессиональная психологическая помощь онкологическим больным оказывается в гораздо меньшем объеме, чем требуется. Однако число психологов, которые занимаются этой работой, увеличивается, в некоторых онкологических центрах страны даже имеются в штате клинические психологи.

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

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

Что помогает психологу избежать вышеуказанных крайностей и оставаться адекватным в ситуации взаимодействия с онкологическим больным? Мера осознания ответственности психолога при оказании психологической помощи онкологическому больному.

Ответственность психолога в работе проявляется в создании безопасного пространства. Психолог не может «исправить» чувства больного, вылечить его, но может создать условия, в которых больной способен страдать, открыто выражать чувства независимо от того, какие они и на кого направлены. В терапевтическом пространстве больной может выражать страх по поводу заболевания, своего прошлого и будущего, говорить о суициде, делиться самыми «бредовыми» идеями по поводу причин собственного заболевания и «застарелыми» обидами (некоторые возникают еще в детстве и сохраняются долгие годы). Больной может проявлять себя таким образом, который не соответствует социально приемлемым нормам в его понимании. Наконец, больной может соприкоснуться с экзистенциальными

проблемами (главная из них — проблема смерти) и рискнуть отправиться в путешествие в глубины своего «Я».

Создание такого пространства предполагает не только профессиональную ответственность, но и определенные требования к личности психолога: необходимо стремиться отслеживать собственные чувства и сверяться с ними, осознавать свои мотивы и потребности (почему я выбрал работу с онкологическими больными, какие потребности я реализую в этой деятельности) и экзистенциальные проблемы. На наш взгляд, честные ответы самому себе на эти вопросы и возможность размышлять над данными проблемами позволяют психологу соответствовать своей подлинности. Нельзя сказать, что в пространстве взаимодействия психолог и онкологический больной находятся в равных позициях: у них разные жизненные ситуации, но вместе с тем они одинаково открыты новому опыту. При этом психолог «обогащается» не за счет пациента, а в результате своей внутренней работы.

В процессе профессионального обучения психолог овладевает умениями и навыками, которые ему необходимо совершенствовать в течение всей профессиональной деятельности.

Свободное владение умениями и навыками подобно дыханию. Разведываясь о том, как мы дышим? Так и «профессиональное дыхание» позволяет взаимодействовать с пациентом таким образом, чтобы техники и методы не «торчали». При этом психологу важно в любой момент осознавать, куда он «идет», что делает и зачем. Например, при использовании в ходе беседы с больным метафоры психологу необходимо осознавать, для чего он ее употребляет в данный момент и какие чувства она вызывает у него самого.

С точки зрения клинической психологии, ситуация онкологического заболевания может рассматриваться как экстремальная и как кризисная. Несмотря на то, что переживания больных в обоих случаях являются мучительными и предельными по своей силе, психологическая помощь при этом различна.

Мы выделили несколько фаз в работе с онкологическим пациентом. Фазы условно, и время, необходимое на проживание каждой, индивидуально. Необходимо принять во внимание то, что эти фазы не соответствуют этапам течения заболевания.

I фаза. Перед больным стоит психологическая задача принятия факта — «я болен».

Это в первую очередь касается больных, которые отрицают болезнь. Чаще всего они не обращаются за профессиональной психологической помощью, так как живут в реальности, где нет рака, и их задача «удержаться» в этом состоянии. Их жесткая психологическая защита в виде отрицания в некоторой степени позволяет снижать напряжение, и сильных чувств в отношении заболевания они не испытывают. В некоторых случаях психологическая защита начинает давать «сбой». Больные могут, отрицая болезнь, обратиться к психологу сами, или их направляют врачи по поводу каких-то симптомов (например, боли, не связанной с соматическими проявлениями болезни). Другие обращаются к психологу с проблемами, не связанными напрямую с заболеванием (например, взаимоотношения с кем-то

из близких). Психолог работает с тем, с чем к нему обратился пациент. И иногда в безопасных условиях терапевтического пространства в процессе работы над симптомом или проблемой может произойти принятие факта заболевания.

Гораздо чаще за помощью обращаются пациенты, информированные о заболевании и испытывающие в этой связи сильные чувства, с которыми подчас не могут справиться. Эти больные принимают заболевание на когнитивном уровне, но на эмоциональном они принять его не могут («умом понимаю, чувствами принять не могу»). Эмоциональное принятие болезни возможно в процессе переживания. Психолог в данном случае создает для больного безопасное пространство для выражения чувств. В этом безопасном пространстве пациент начинает говорить о том, что его тревожит и страшит. Психолог, присутствуя в этом пространстве, с большой осторожностью помогает выражать чувства, не пытаясь успокоить больного и тем самым снизить «накал» чувств. Сила чувств может быть настолько велика, что у больного возникает страх «сойти с ума», страх разрушения. Невыраженные чувства трансформируются во внутреннее напряжение. В этой ситуации психологу важно показать больному, что все его чувства нормальны и адекватны, «ненормальна» сама ситуация онкологического заболевания. Психолог своим присутствием дает ощутить больному, что мир не разрушился. «В кабинете психолога я наконец-то расплакалась по-настоящему. Я плакала, не сдерживая своего горя, размазывая сопли по лицу, рукавом черного свитера, не стесняясь своей непривлекательности, жалкой беспомощности. И говорила, говорила, говорила» (из дневника больной С., 44 г.). Больной выражает свои чувства, рассказывая о симптомах и причинах болезни, подчас иррациональных, но необходимых в процессе принятия факта болезни, о встречах с врачами, об отношениях с близкими и о своей жизни.

Всегда есть больные, которые удерживают себя от выражения чувств. Это больные с алекситимией. Другие же, следуя культурным традициям, считают для себя неприемлемым сильное выражение чувств, им требуется «разрешение» на их выражение.

Следует учитывать некоторые особенности больных, находящихся в терминальной стадии. Эти больные постоянно думают о своей болезни [7]. Их одолевают мысли о смерти, страх смерти переполняет их. Они не могут об этом говорить с врачами, так как врачам, согласно результатам наших исследований, очень трудно говорить с больными о смерти. Для родных и близких разговоры о смерти являются «табу», и им кажется, что больному тяжело говорить об этом и что такие разговоры могут причинить ему боль. Но больные нуждаются именно в этом. Они чувствуют себя очень одинокими. Порой психолог — единственный человек, с кем у них есть возможность говорить о наболевшем: «Для меня было важно сказать об этом (о смерти, о страхе смерти) вслух» (больная П., 36 л.). Психологу не следует самому предлагать тему («Давайте поговорим о смерти»), какой бы важной она ему не казалась. Он следует за пациентом, он не может изменить мысли и чувства больного, а позволяет им быть. Успокоение, снижение напряжения происходит тогда, когда больной выразит и проговорит то, что его беспокоит в настоящий момент.

Не все пациенты сразу обращаются за помощью: некоторые пытаются справиться

сами. Так, например, больная после сообщения диагноза уехала на залив и до усталости ходила, ходила по берегу, слушая шум волн и наблюдая за природой.

Следует подчеркнуть, что психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства. Осознавание чувств, переживаний — первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. Использование различных арт-терапевтических техник может помочь в выражении и осознании чувств больным. Ситуация постепенно из невыносимой превращается в более переносимую. Появляется понимание того, что необходимо действовать и лечиться, что «слезами горю не поможешь». Эмоциональное напряжение больных на этой фазе снижается, им психологически становится легче, и некоторые из них больше не обращаются к психологам за помощью.

Важно сохранить контакт с больным, который даст ему возможность вновь обратиться за помощью, но когда и при каких условиях это произойдет — решает сам пациент.

II фаза. Произошло принятие болезни, появилась новая идентичность (— больной). У больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в какой это возможно, и так, как он это понимает. Он интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в лечении. В этот период больной приобретает новый опыт, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации.

Обучение релаксации и использование ее дает возможность больному в определенных пределах контролировать свое состояние и настроение. Применение направленного воображения, визуализации [6] позволяют ему воздействовать на больную часть тела и организм в целом.

Онкологический больной, сравнивая свое прошлое с невыносимым настоящим, оценивает его как хорошее, но на чувственном уровне он ничего хорошего вспомнить не может: «Ничего хорошего не было». В этой связи больному необходимо помочь увидеть свои жизненные достижения и успехи, эти воспоминания дают ему силу и энергию. Медитация по типу «оживление приятных воспоминаний» позволяет больному увидеть в прошлом что-то хорошее, свои достижения, увидеть свою жизнь не фрагментарно, а целостно, замечая светлые и мрачные стороны. Больному также важно помочь увидеть хорошее в настоящий момент, это позволяет ему учиться жить в настоящем.

Больной способен уже не только выражать, но и обсуждать свои чувства, и психолог может использовать некоторые техники (в том числе гештальт-терапию), которые помогают обратиться к затаенным чувствам (например, к обидам), научиться их принимать, что увеличивает диапазон реагирования.

Чем лучше контролирует больной свое состояние в ситуации заболевания, тем больше он чувствует ответственность за свою жизнь и здоровье. И этому во многом может способствовать взаимодействие больного с психологом.

Для больных, переживающих ситуацию заболевания как экстремальную, обычно

на II фазе заканчивается работа с психологом. Таких большинство. Несмотря на то, что психолог испытывает соблазн продолжать работу в сторону дальнейших изменений, нужно остановиться, так как выбор остается за пациентом.

Больные, воспринимающие ситуацию заболевания как кризис, могут продолжить свою работу с психологом, и это будет III фаза.

III фаза. Психологическая работа, направленная на самоизменение, личностный рост, реконструкцию личности больного, является наиболее длительной и разнообразной по содержанию. Больной, переживающий ситуацию онкологического заболевания как кризис, прошел описанные выше фазы. С чего бы ни начиналась работа на III фазе: с работы с телом, осознания конечности жизни, построения новых отношений и т. д. (психолог идет вслед за тем, что предлагает ему пациент) — больной через обращение к аутентичности приходит к новой интеграции. В кризисной ситуации у него возникают вопросы — «За что мне такая болезнь?»; «Какой смысл в моей болезни?»; «Кто я как человек, кто я в этом мире?» (Больная М., 45 лет: «Значит я жила как-то не так, если у меня с 28 лет постоянно что-то из организма вырезают?». Больная Т., 42 г.: «Я ведь впервые стала заглядывать в себя». Эти раздумья обращают человека к экзистенциальным вопросам: «Что есть моя жизнь?»; «В чем смысл моей жизни?»; «Что такое смерть для человека?»

Психолог может использовать разнообразные терапевтические техники — арт-терапию, ведение дневника, внутренний диалог, библиотерапию — все, что позволяет человеку развиваться и способствует его личностному росту. «В книге С. Левина "Кто умирает?" [4] (ставшей для меня одним из «спасительных крючков») я нашел интересное изложение учения хасидов. Само учение основано на вере в то, что человек родился для одного единственного, самого главного, экзаменационного события своей жизни. Цель в том, чтобы его заметить, выделить в постоянно меняющейся череде других и быть на высоте в момент испытания. Никто, включая вас, не знает, когда это произойдет, и в чем будет состоять экзамен, но именно тогда может вспыхнуть ответ на мучающие нас вопросы о смысле бытия (здесь далее выделено авторами). Простая внимательность здесь не годится, нужно быть предельно собранным и бдительным — всегда на чеку — нужно буквально поджидать, выслеживать, отлавливать свое мгновение, как некую хитрую умную ищущую, а для этого нельзя откинуть, не проверив, ни одного другого — пусть даже самого малого — движения жизни — необходимо постоянно в ней участвовать. Только мне кажется, что мы всегда либо упускаем нашу минуту, либо умираем, ибо как после этого жить — не сплеховавшему — пожалуй, существует лишь "томление по ангельскому чину", сам же чин неподъемен. И вот теперь — вдгонку упущенному — я хочу все заново переиграть у себя в голове и все-таки ухватить потерянный смысл» (из дневника больной С., 44 г.).

Психолог не навязывает больному своего мнения о том, как жить дальше, а предоставляет ему возможность творчества по отношению к его собственной жизни. Присутствие и вовлеченность психолога превращают внутренний монолог больного в диалог с психологом, который затем заново интериоризируется. Чуткое бытие психолога рядом с больным позволяет последнему соприкоснуться с самим собой, со своей подлинностью. Ситуация заболевания, связанного с витальной

угрозой, когда все социальные роли и маски перестают иметь значение, способствует данному соприкосновению. У больного появляется возможность построить новые отношения с близкими людьми:

«Прошедший год был самым лучшим для меня, все изменилось: я испытал действительную близость к жене, к сыну» (больной К., 26 л.); «У меня возникло невероятное чувство любви ко всем, и оно не делает меня слабой, а дает силы» (больная Н., 48 л.). Размышляя о болезни, о ее месте и роли в их жизни, больные постепенно воссоздают свою жизнь с учетом заболевания. Обращение к себе и обсуждение экзистенциальных вопросов позволяет человеку обозначить то, что помогает ему выживать («спасительные крючки»). Человек совершает путешествие внутрь себя, и «неважно, как ты путешествуешь... ты всегда чему-нибудь учишься, учишься перемене своих мыслей» [2].

«После болезни я стала более живой» (больная Н., 47 л.). Конечно же, больная имела в виду не то, что она была умирающей, а стала живой. Речь идет совсем о другом: что значит быть по-настоящему живым? И как удивительно перекликаются слова больной с тем, о чем пишет Дж. Бьюдженталь: «Я задаю старый вопрос: что значит быть живым? Я слушаю своих друзей, учителей и пациентов, которые сражаются со смертью, живущей в них, и пытаются достичь уровня более интенсивной жизни, которая находится внутри них... То, что мы можем сделать, — это понять с помощью своего внутреннего сознания, как можно по-другому переживать свое существование... Быть по-настоящему живым — значит быть приговоренным к постоянному развитию, бесконечному изменению» [1].

Семья онкологического больного, как и сам больной, находится в экстремальной или кризисной ситуации. Нам представляется, что работа с семьей в этом случае должна строиться так же, как с онкологическим больным, при этом, естественно, необходимо учитывать особенности работы в семье.

В настоящее время мы так видим работу психолога с онкологическим больным. Считаем, что это лишь часть системы психологической помощи онкологическому больному, которая также должна включать в себя как усилия разных специалистов (врачей, медсестер и др.), так и работу общественных организаций, в том числе групп самопомощи. При этом очень важно, используя разные средства информации, изменять представление общества о болезни и онкологических больных.

Литература

1. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. М., 2007. 336 с.
2. Керуак Дж. Сатори в Париже. Бродяги Дхармы. М., 2002. 416 с.
3. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. К., 2001. 320 с.
4. Левин С. Кто умирает? К., 1996. 352 с.
5. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. СПб., 2007. 424 с.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. СПб., 1995. 172 с.
7. Чулкова В.А., Софиева З.А., Константинова М.М. Некоторые психологические аспекты в работе хосписа // Развитие системы паллиативной помощи: опыт регионов. Пермь, 2005. С. 145–152.

Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту

Чулкова В.А., Пестерева Е.В. *Вопр. онкологии.* – 2014. – Т. 60. – № 2. С. 9–98

Врач и медицинский психолог при оказании психологической помощи онкологическому больному исходят из различных профессиональных позиций, которые требуют разных подходов и методов. предложена трехфазная модель динамики психологического состояния человека в ситуации онкологического заболевания, отражающая процесс психологической адаптации конкретного больного. ориентируясь на данную модель, авторы приходят к выводу, что психологическая помощь онкологическому больному, осуществляемая врачом и медицинским психологом, это разные виды психологической помощи, которые не заменяют, а дополняют друг друга.

Ключевые слова: онкологический больной, врач, медицинский психолог, профессиональная позиция, психологическая помощь в онкологии.

Онкологическое заболевание сопряжено с огромным количеством психологических проблем, следствием которых могут быть различные формы психической дезадаптации больного, выражающейся в виде расстройств настроения, тревоги, депрессии, суицида и гомицида (нанесение физического вреда врачу больными или их родственниками). В этой связи системный подход к изучению и лечению рака требует обращения не только к соматической, но и к психологической составляющей болезни.

Различные аспекты психологических проблем, порождаемых как самим заболеванием, так и его лечением, всегда были в сфере внимания онкологов. именно наблюдения клиницистов стали основой многочисленных исследований по изучению психологического мира больных, в результате которых определился круг психологических проблем в онкологии и пути их решения на различных этапах лечения пациентов [Holland J.C., 1992].

Врач-онколог находится в непосредственном контакте с больным и, безусловно, оказывает ему психологическую поддержку. однако, психологическая поддержка часто строится на личных представлениях врача о помощи больному, основанные на собственном опыте и опыте коллег. В связи с этим большую значимость имеет психологическая компетентность врача.

Нередко наблюдаются две крайние позиции врачей-онкологов, отражающие их взгляды на роль психологических факторов в лечении больного: игнорирование и преувеличенное значение влияния психологического воздействия на больного. В первом случае врач сосредотачивает свое внимание только на болезни, развивающейся по определенным биологическим законам, а больной выступает в роли объекта – носителя болезни, при этом игнорируется личность больного, его отношение к болезни и лечению. Смысл своей профессиональной деятельности такой врач видит исключительно в медикаментозном и других видах лечения. обратной

стороной невнимания врача к переживаниям больного является обращение последнего к целителям, знахарям и экстрасенсам, которые не только обещают выздоровление, но, прежде всего, апеллируют к особенностям личности онкологического больного, выстраивая эмоционально зависимые отношения с ним.

С другой стороны, врачи, признающие, что на процесс лечения и выздоровления больного влияет не только медикаментозная терапия, но и психологическое воздействие, нередко начинают активно обращаться к психологическим конструктам. При этом у них подчас возникает иллюзия чуда: психологическая составляющая лечебного процесса имеет явное воздействие у больного, которому врач уделяет время, более успешно идет лечение. Однако, это не чудо и не уникальный феномен личности врача: обсуждение с пациентом ситуации заболевания расширяет представление больного о болезни, формирует у него адекватные отношения к ней, а наличие эмоционального контакта с врачом является для больного возможностью для выражения своих чувств и снижения психоэмоционального напряжения. Данная категория врачей нередко стремится в больших масштабах проводить психологическое тестирование больных, изучает техники нейро-лингвистического программирования (НЛП) и экстрасенсорики. Вместе с тем использование психологического инструментария (методов, техник, тестов), несмотря на кажущуюся простоту и доступность, подразумевает глубину, основанную на знаниях различных психологических теорий, что необходимо осознавать и понимать. Легкость оперирования психологическими конструктами может усугубить психологические проблемы пациента (например, односторонняя интерпретация психологического теста может способствовать усилению у больного чувства вины в связи с ситуацией заболевания) и подорвать доверие к врачу.

Выделенные крайние позиции чреваты опасностью и для самого врача. Как игнорирование психологической составляющей в лечебном процессе, так и увлечение психологией нередко свидетельствуют о наличии у врача неосознаваемых личностных проблем, которые решаются им в профессиональной сфере. Ведь, подчас, именно наличие своих нерешенных проблем заставляет человека обращаться к проблемам другого.

Сегодня в специализированные онкологические учреждения все чаще в практической работе привлекаются медицинские психологи, деятельность которых направлена на оказание профессиональной психологической помощи больному. В этой связи поднимается множество вопросов, касающихся взаимодействия специалистов медицинского и психологического профиля в этой сфере. Например, таких: 1) возможно ли совмещение двух специальностей: быть одновременно к больному одновременно и лечащим врачом, и медицинским психологом? 2) медицинский психолог в клинике должен помогать врачу только в работе с конфликтными, «проблемными» для врача больными или пациенты сами, независимо от мнения врача, принимают решение обратиться за помощью к психологу?

В настоящее время, как представляется, не существует разработанных моделей взаимодействия врача и медицинского психолога в соматической клинике. Целью данной статьи является осмысление профессиональной позиции и врача, и медицинского психолога в рамках психологической помощи онкологическому больному.

Врач, обладая профессиональными медицинскими знаниями, планирует и контролирует процесс лечения. В связи с этим, его отношения с пациентом заведомо асимметричны: врач, в определенной степени, стоит «над больным» [Чулкова В. А., Моисеенко В. М., 2009]. Данная асимметрия отношений врача и пациента издавна разрешается с помощью принципов и основных положений медицинской этики, которая затрагивает вопрос ответственности врача в лечебном процессе. разрешение вопроса распределения ответственности между врачом и больным за лечение и всего, что с ним связано, обуславливается, прежде всего, пониманием врачом своей профессиональной позиции, которая включает готовность врача основывать: «Кто он по отношению к пациенту – директивный родитель или партнер?». В случае патерналистской модели взаимодействия (лат. *pater* – отец, родитель) всю ответственность за лечение и его последствия берет на себя врач, а пациент при этом занимает пассивную, зависимую от врача позицию. Следует отметить, что человек в ситуации онкологического заболевания часто чувствует себя уязвимым, беспомощным, может ощущать себя «жертвой» и провоцировать опеку со стороны врача, что соответствует вышеуказанной модели.

В отличие от патерналистской, антипатерналистская модель подразумевает партнерские отношения между врачом и больным, в которых часть ответственности за свое лечение принимает больной: за свою мотивацию на выздоровление, за свой образ жизни, за свой вклад в лечение.

Взаимодействие с больным требует от врача, исходя из профессиональной позиции, видения психического состояния онкологического больного, понимание важности и необходимости его переживаний. необходимым условием эффективного взаимодействия является эмпатия – безоценочное понимание и сочувствие пациенту. именно наличие эмпатии позволяет врачу принимать чувства пациента независимо от того, какие они и на кого направлены. Вместе с тем, тот же феномен помогает врачу осознать, что те или иные чувства больного продиктованы ситуацией заболевания и не связаны с его личностью как врача.

Несмотря на то, что клинические психологи не дают «Клятвы Гиппократ», в психологической атмосфере университета формируется своя профессиональная этика основой которой является способность специалиста рефлексировать (отражать и осознавать) собственные переживания, отделять свои обычно не осознаваемые намерения и желания от внутренних потребностей другого человека. Профессиональная ответственность психолога проявляется в создании безопасного психологического пространства, в котором пациент обращается к своей внутренней жизни и выстраивает внутренние отношения с самим собой. Для создания такого пространства психологу необходимо осознавать динамику взаимоотношений, чувствовать контекст ситуации, только тогда не нарушает-ся толерантность по отношению к жизни другого. медицинский психолог при оказании психологической помощи онкологическому пациенту создает условия, в которых больной имеет возможность открыто выражать свои чувства, обращаться к своим переживаниям, противоречиям и конфликтам, актуализирующимся в связи с болезнью, делиться идеями по поводу причины своего заболевания, искать смысл в сложившейся жизненной ситуации.

Психолог не может изменить мысли и чувства пациента, он помогает больному структурировать и реорганизовать их в более конструктивное целостное видение ситуации. В безопасном терапевтическом пространстве у больного появляется возможность соприкоснуться с экзистенциальными проблемами: ограниченностью собственной жизни, разрушением стабильной картины мира и утратой смысла, глубинным ощущением одиночества, ответственностью за свой вклад в лечение и за свою жизнь в целом. Порой психолог – это единственный человек, с кем у больного есть возможность говорить о том, что наболело. Для родных и близких такие разговоры нередко являются табуированными, так как они ломают привычные стереотипы семейного функционирования. Кроме того, родственники боятся и поэтому избегают обращаться к чувствам и страданиям, вызванным болезнью. Вместе с тем, в ситуации заболевания с витальной угрозой у человека есть потребность говорить о своих страхах, в том числе, и о страхе смерти. Люди в ситуации болезни чувствуют важность для себя размышлений о своем внутреннем одиночестве, о конечности и смысле жизни, об ответственности за свою жизнь. Как результат таких обсуждений у больных, по их словам: «Пробуждается воля к жизни», «когда делишься горем, из этого вырастает что-то большее, чем горе».

Профессиональная позиция специалиста оказывает влияние на восприятие им больного, что демонстрирует следующий случай из профессиональной жизни: на операцию везут онкологическую больную, которая негромко напевает марш «Красные кавалеристы». Врачи объясняют происходящее «дуриной», однако, психолог действие больной расценивает как обращение человека к своему внутреннему ресурсу: в этом марше есть призыв: «мы гордо, мы смело в бой идем...».

Таким образом, врач и медицинский психолог в процессе оказания психологической помощи больному исходят из различных профессиональных позиций. В связи с этим действия «врача как психолога» противоречивы: оказывая лечебную помощь, он во многом директивен, но при этом хочет выглядеть мягким. С другой стороны, действия, которые с позиции врача являются адекватными — отвечать и убеждать, оценивать состояние и действия больного по отношению к лечебному процессу, режиму — с позиции психолога являются манипуляцией: психолог не оценивает, не навязывает больному мнения о том, как ему надо жить, а предоставляет ему возможность выбора собственного жизненного пути.

Онкологическое заболевание, с позиции медицинской психологии, представляет для человека экстремальную и кризисную ситуацию [1 Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010]. Подобные ситуации несут в себе угрозу психической травматизации личности больного человека. При оказании психологической помощи онкологическим пациентам важно понимать различия между экстремальной и кризисной ситуациями. разрешение экстремальной ситуации связано с адаптационными возможностями человека: принятие злокачественного характера заболевания, адекватное отношение к болезни и лечению, умение управлять своим психоэмоциональным состоянием, обращаясь к внутренним и внешним ресурсам. В результате больной приобретает опыт поведения в болезни, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации. разрешение кризисной ситуации происходит тогда, когда приспособление пациента к заболеванию связано не только с его адаптаци-

онными возможностями, но и, главным образом, с его личностной перестройкой.

Как представляется, оправдана 3-х фазная модель динамики психологического состояния человека в ситуации онкологического заболевания, которую, на наш взгляд, необходимо принимать во внимание врачам, психологам и другим специалистам, работающим с онкологическими пациентами и оказывающим им психологическую помощь. Эта модель отражает процесс адаптации онкологического больного к заболеванию и не связана с этапами течения заболевания и лечения пациента. Каждая фаза модели характеризуется психологической задачей больного, разрешение которой способствует процессу адаптации. если же психологическая задача не выполняется пациентом, то он «застревает» на одной из фаз, что может приводить к его дезадаптации [2 Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010].

1 фаза. Психологическая задача больного – принятие заболевания. испытывая интенсивные негативные эмоции, больной проходит стадии от отрицания к принятию злокачественного характера заболевания не только на когнитивном (когда больной информирован о заболевании), но и на эмоциональном уровне. Эмоциональное принятие болезни возможно только в процессе переживания. Больной выражает чувства, рассказывая свою историю: о симптомах и причинах болезни, которые подчас являются иррациональными, но необходимыми в процессе принятия факта болезни, о встречах с врачами, об отношениях с близкими и о своей жизни. на данной фазе динамики психологического состояния больного от врача-онколога требуются понимание переживаний пациента, эмпатия (сочувствие) и адекватное информирование.

Медицинский психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства: осознание чувств, переживаний — это первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. При этом используются навыки эмпатического и активного слушания, кризисная интервенция, различные арт-терапевтические техники, гештальт-терапия («сознательное осознание» и др. В результате психоэмоциональное напряжение пациента снижается и происходит принятие себя как больного человека. именно эмоциональное принятие болезни, формирование новой идентичности «Я больной» позволяет пациенту в дальнейшем активно и ответственно лечиться.

2 фаза. Психологическая задача больного — адаптация к заболеванию, состоящая в том, чтобы научиться жить в условиях болезни. Произошло принятие болезни и у больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в которой это возможно, и так, как он это понимает. В этот период пациент активно обращается как к внешним ресурсам (врачи, семья, друзья, сослуживцы), так и внутренним (надежда, терпение, желание жить). Эта фаза характеризуется сильной мотивацией пациента на лечение и готовностью обучаться жить в условиях болезни.

Особое значение принадлежит контакту врача и пациента, свидетельствующему о том, что больной не одинок в процессе лечения. именно на этой фазе отсутствие или недостаточное информирование пациента не только о самом заболевании, но и о различных методах лечения, возможных трудностях и последствиях его созда-

ет предпосылки обращения больных к ненаучным методам лечения. Обсуждение вопросов, связанных с заболеванием и его лечением, позволяет больному почувствовать свое участие в лечении: он имеет ощущение выбора и контроля. В этой связи от врача-онколога необходимы четкие и понятные рекомендации, как жить в условиях болезни и лечения.

Использование медицинским психологом техник релаксации, саморегуляции, направленного воображения, визуализации, внутреннего диалога дает возможность пациенту научиться в определенных пределах контролировать свое состояние и настроение, а также более целостно взглянуть на свою жизнь. Способность больного не только выражать, но и обсуждать свои чувства, позволяет психологу использовать техники (в том числе гештальт-терапию), которые позволяют обратиться к затаенным чувствам (например, обидам), научиться их принимать, что увеличивает диапазон реагирования пациента.

Онкологических больных, которые переживают заболевание как экстремальную ситуацию (сверхсильный стресс) большинство. Для них процесс адаптации к заболеванию заканчивается на 2-й фазе, и все указанные выше методы психологической помощи как врача, так и психолога способствуют этому.

3 фаза. Психологическая задача больного – изменение и реконструкция личности, поиск смысла жизни, переоценка жизненных ценностей. Данная фаза является самой длительной и характерна для пациентов, которые прошли описанные выше фазы и переживают заболевание как кризис. На данной фазе динамика психологического состояния больного ведущая роль при оказании психологической помощи пациенту принадлежит психологу, а не врачу. Психолог может использовать разнообразные терапевтические техники – арт-терапию, ведение дневника, внутренний диалог, нарративную терапию, библиотерапию, экзистенциальную терапию – все, что позволяет человеку развиваться и способствует его личностному росту.

Таким образом, оказание психологической помощи онкологическим больным включает в себя усилия различных специалистов. При этом необходимо подчеркнуть, что отношения врача и пациента, особенно в онкологии, имеют огромное значение и смысл для больного.

Психологическая помощь врача, заключающаяся, прежде всего, в эмоциональной поддержке больного и адекватном его информировании, нужна абсолютно каждому больному.

Психологическая помощь медицинского психолога не является необходимой каждому онкологическому пациенту, так как нельзя недооценивать личность самого больного в процессе адаптации к заболеванию. В этой связи важно учитывать не только мнение врача о том, какой больной нуждается или не нуждается в помощи психолога, но и возможность самого больного обратиться за этой помощью. При этом консультация медицинского психолога должна быть доступна для всех онкологических пациентов.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что психологическая помощь онкологическому больному, осуществляемая врачом и медицинским психологом, – это раз-

ные виды психологической помощи, которые не заменяют, а дополняют друг друга.

Литература

1. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // *Практ. онкол.* 2009. Т. 10. №3. С. 151–157.
2. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // *Вестн. СПбГУ.* 2010. Вып. 1. Сер.12. С. 9–100.
3. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // *Вестн. СПб университета.* – 2010. Вып. 1. Сер. 12. С. 185 – 191.
4. Holland J. C. *Psycho-Oncology: Where are we, and where are we going?* // *J. Psychosoc. Oncol.* – 1992. – Vol. 10. № 2. – P. 103–112.

Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе

Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социальная психология и общество. 2015. Том 6. № 1. – С. 117–126

В настоящей статье излагаются и обсуждаются материалы, показывающие высокую социальную значимость онкологических заболеваний в жизни современного общества, влияющую на отношение к раку и его лечению здоровых и больных людей. Результаты исследования показывают, что восприятие болезни среди населения различается в зависимости от привычных форм мышления конкретной категории людей и является фрагментарным, нередко характеризуется мифической окраской. Продемонстрировано, что на отношение к онкологическим заболеваниям оказывает влияние наличие опыта взаимодействия с онкологическими пациентами, а представления об онкологических заболеваниях, которые наблюдаются в современном обществе, создают условия для возникновения канцерофобии у лиц, повышенной личностной тревожностью, способствуют стигматизации онкологических пациентов, снижают число обращений людей за медицинской помощью на ранних стадиях заболевания. Утверждается, что взвешенная и правдивая информация о заболевании, о трудностях и возможностях лечения способствует формированию у людей ответственной позиции по отношению к своему здоровью и повышению психологической культуры в обществе в целом.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, отношение общества к раку, стигматизация онкологических больных, информирование, психологическая культура общества.

Введение

Онкологическое заболевание относится к разряду соматических болезней. В этой связи проблемы больного и врача нередко считаются сугубо медицинскими. Вместе с тем, с позиции системного подхода в медицине онкологическое заболевание представляет собой не только медицинскую, но в большой степени и психологи-

ческую, и социальную проблемы. Отношение больного к болезни, его способы адаптации к ситуации заболевания, отношение ближайшего окружения к заболевшему человеку влияют на психологическое благополучие и качество жизни как самого больного, так и окружающих его людей. Огромную роль в формировании адекватного отношения к онкологическим пациентам и к онкологическим заболеваниям в целом играет информированность общества. На эту проблему обращал внимание основатель отечественной онкологии Н. Н. Петров. Еще в 30-е годы прошлого века им были написаны брошюры «Что надо знать о раке», «Простое слово о раке», в которых он указывал на то, что популяризация знаний по профилактике опухолей и санитарно-просветительская работа среди населения являются одними из важнейших задач, стоящих перед онкологической службой. Однако в современном обществе с развитыми информационно-коммуникативными технологиями нередко наблюдается следующий информационный разрыв: люди, пережившие болезнь или проходящие лечение в настоящее время являются носителями более полной и адекватной информации о раке, чем их окружение, и они имеют потребность обсуждать проблемы, связанные с заболеванием, в то время как общество не готово к подобному диалогу.

Спецификой онкологического заболевания является полиэтиологичность его возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие четких гарантий лечения. Внеопределенных, плохо предсказуемых, разрушающих привычное существование и сопровождающихся витальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вовсе, у человека актуализируются иррациональные формы мышления. Информация об онкологическом заболевании «обрастает» мифами. Неоспоримые успехи онкологии не меняют общей тенденции восприятия рака как чего-то рокового, сверхопасного и непонятного. В обществе онкологические заболевания воспринимаются более негативно в сравнении с другими, не менее грозными хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, сахарным диабетом, туберкулезом и др.). Анализ обсуждений в сети Internet [Почему все так боятся рака?, 2010] показывает, что отношение людей к онкологическому заболеванию включает в себя следующие, как правило, образные представления: «Если говорить про сердечно-сосудистые заболевания, то это твоё родное тело, не справляющееся с твоим же образом жизни, а рак – это враг, напавший на здоровый организм, поедающий тело изнутри. «Клетки собственного тела предают тебя», «Бомба замедленного действия», «Уничтожь себя, своего внешнего облика», «Лечение без гарантий». В целом, при таком обилии страхов, страх заболеть раком должен быть сильнее страха смерти.

Историческая эволюция представлений об онкологических заболеваниях показывает, что описание неизлечимых болезней, которые в дальнейшем были диагностированы как рак, известны со времен Древнего Египта (2500 лет до н.э.) [Дымарский Л. Ю., 1986]. С тех давних времен и буквально до середины прошлого века онкологические заболевания с трудом поддавались лечению, срок жизни пациентов был крайне короток. Картина изменилась в связи с использованием высокотехнологичных методов лечения: у больных при своевременной диагностике и адекватном лечении появился реальный шанс выжить, и в отношении онкологического заболевания стало оправданно говорить, что «рак — это диагноз, а не

приговор». Однако неосведомленность о прогрессе в лечении рака, незнание приемов раннего выявления злокачественных новообразований, пренебрежительное отношение к своему здоровью (физическому и психологическому) способствуют тому, что, несмотря на возможности медицины, у современного человека страх перед этой болезнью остается. Именно страх заболеть раком, недоверие к медицине, ощущение беспомощности перед заболеванием, присутствующие в бытовом сознании людей, способствуют их обращению за помощью к знахарям, колдунам и т. п.

Таким образом, онкологическое заболевание является не только сугубо медицинской проблемой, но включает в себя также социально-психологические аспекты, сопутствующие ему.

В настоящей статье излагаются и обсуждаются материалы, позволяющие оценить социальную значимость онкологического заболевания в жизнедеятельности современного общества. В рамках данного конкретного исследования в качестве испытуемых выступили 60 студентов различных вузов г. Санкт-Петербурга (профиль образования – медицинский, психологический, технический) в возрасте от 20 до 30 лет. В ходе проведенного обследования были применены следующие клинические и психологические методы: клинико-психологическая беседа, направленная на изучение отношения общества к онкологическим заболеваниям, и методика, нацеленная на измерение уровней личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Математическая обработка данных проводилась с помощью статистической программы SPSS Statistics 19.

В статье используется многолетний опыт работы авторов с онкологическими пациентами, а также приводятся данные выпускной квалификационной работы (2012 г.) студентки кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского государственного университета М. В. Гуровой (научный руководитель – доцент В. А. Чулкова).

Результаты и их обсуждение

Исследовалось отношение здоровых людей к раку на материале студентов вузов г. Санкт-Петербурга. Люди данной возрастной группы являются основным объектом различных профилактических и превентивных программ. Исследование показало, что все опрошенные считают рак не заразным и излечимым заболеванием. При этом осознают важность его ранней диагностики. В отношении лечения 61,6% молодых людей утверждают, что при заболевании раком способы лечения, далекие от научной медицины, не являются эффективными. Вместе с тем, на вопрос «Возможно ли самоизлечение от рака?» 43,3% опрошенных отвечают утвердительно, что, в определенной степени, противоречит приведенному выше утверждению. На наш взгляд, «вера в самоизлечение» является ничем иным, как защитной реакцией перед угрозой онкологического заболевания. Указанное обстоятельство в реальной ситуации может помешать заболевшему человеку обратиться за своевременной медицинской помощью.

Если будущие врачи и психологи считают образ жизни человека одним из ведущих факторов, влияющих на развитие заболевания, то студенты технического вуза ду-

мают так достоверно реже ($c2=6,53$, $p<0,05$). Будущие представители технических специальностей в 50% случаях не склонны задумываться о причинах возникновения и развития рака («неизвестны»), а в понятие «образ жизни» они включают, прежде всего, отсутствие вредных привычек, рациональное питание, достаточный сон, занятие физкультурой, правильное сочетание труда и отдыха. Такое содержание «образа жизни» свойственно современному обществу, ориентированному на гедонистическое настоящее: хочется получать все удовольствия здесь и сейчас. Однако кроме привычного обыденного понимания имеется более глубокая смысловая составляющая данного понятия. Можно предположить, что некоторые каждодневные предпочтения и привычки человека, в том числе и вредные, порой переходящие в аддикции, являются неконструктивными способами совладания с повседневным стрессом жизни. Иначе говоря, образ жизни включает оценку человеком событий своей жизни, а также привычные способы переживания человеком трудных ситуаций и совладания с ними. Таким образом, понятие «образ жизни» отражает не только физический, но и психологический уровень культуры общества. При этом нельзя не учитывать роли самого человека в создании своего образа жизни. Хотелось бы обратить внимание на то, что в современном обществе в фокусе восприятия известного древнего афоризма «в здоровом теле – здоровый дух» акцент привычно ставится на зависимость духа от тела, и, наоборот, как и «здоровый дух» немало способствует «здоровому телу». В этой связи в программы профилактики болезней необходимо включать обучение людей умениям справляться со стрессами, в том числе формированию навыков конструктивного решения жизненных проблем. Естественно, для выполнения этой задачи требуется создание доступных населению центров профессиональной психологической помощи, благодаря которым можно повысить психологическую культуру людей.

Исследование показало, что каждой профессиональной группе характерно свое видение заболевания. У студентов-медиков ситуация онкологического заболевания ассоциируется с «тяжестью лечения» ($c2=6,93$, $p<0,05$), а не с «болью», в отличие от студентов других направлений ($c2=7,06$, $p<0,05$). Это можно объяснить тем, что будущие врачи сконцентрированы на лечении, им присущи активные методы взаимодействия с болью: воздействие на симптомы боли фармакологическим лечением («Боль — это то, что снимается тяжелым лечением»). У студентов-психологов ситуация онкологического заболевания связана, прежде всего, с переживаниями конечности жизни и одиночества ($c2=6,3$, $p<0,05$). Студентам технических специальностей свойственны следующие ассоциации с онкологическим заболеванием: физиологические проявления болезни (опухоль, метастазы), зависимость от помощи родных. Наблюдаемая фрагментарность восприятия болезни в зависимости от привычных форм мышления у той или иной категории студентов отражает отсутствие целостного восприятия онкологического заболевания в обществе в целом.

В ходе клинической беседы респондентам был задан вопрос: «Допускаете ли вы возможность оказаться в ситуации онкологического заболевания в роли больного?». Ответ на этот вопрос в большей степени обуславливался личностными характеристиками человека. Было обнаружено, что молодые люди с повышенной личностной тревожностью, которые большинство жизненных ситуаций воспринимают как угрожающие, чаще допускают вероятность оказаться в ситуации

онкологического заболевания, в отличие от тех, у кого тревожность умеренная или низкая. Следует обратить внимание на то, что отсутствие в обществе адекватной информации о заболевании повышает тревогу у людей, порой переходящую в панический страх (например, здоровая женщина 47 лет с высоким уровнем личностной тревожности отказалась ехать в санаторий только потому, что его название «Опухлики», хотя до этого мечтала о путевке в санаторий). Люди с повышенной личностной тревожностью часто травмированы с раннего детства информацией о том, что от рака умирают (например, больная раком молочной железы вспоминает, что, когда ей было восемь лет, она с мамой навещала подругу матери, которая болела раком; в дальнейшем на вопрос ребенка: «Что стало с тетей?», мама сообщила о ее смерти; на протяжении всей жизни женщина боялась заболеть раком). Наш опыт работы с больными раком молочной железы свидетельствует о том, что нередко женщины годами живут в сильнейшем психоэмоциональном напряжении от страха заболеть раком. Люди запуганы уже самим упоминанием о раке, а в обществе существует негласное правило не говорить об этих страхах. Очень важно человеку в этой ситуации иметь возможность психологически проработать часто подавляемый страх и снять психоэмоциональное напряжение.

Таким образом, исследование студентов различных профессиональных направлений показывает не только их различие в восприятии онкологического заболевания, но и подчеркивает, что молодым здоровым людям присущ страх перед данной болезнью, который нередко обсуждается в Интернет-сети. Этот страх препятствует своевременному обращению за медицинской помощью. Нередки случаи отказа больного от лечения, нарушения лечебного режима, обращения к методам лечения, далеким от научной медицины, самолечения. Здравоохранению любой страны, в том числе и России, экономически сложно справиться с ситуацией дорогостоящих лекарств при лечении пациентов с запущенным процессом заболевания. В результате искаженное отношение к раку превращается в социальную проблему, от решения которой зависят жизни людей, а также финансовое благополучие как отдельной семьи, так и общества в целом [Демин Е. В., 2009]. Кроме того, страх мешает ресоциализации больного в обществе: онкологический больной воспринимается, независимо от стадии заболевания, как умирающий человек. Нередко онкологический больной оказывается в изоляции из-за страха окружающих заразиться этой болезнью. Но в еще большей степени возникает страх «заразиться» сильными негативными чувствами больного, за которыми стоит подчас неосознаваемый страх соприкоснуться с переживаниями смерти. При этом иногда и сами больные создают психологический барьер в общении с другими людьми из-за опасений перемены отношений с ними в худшую сторону и страхов быть не принятыми в качестве полноценного партнера.

К сожалению, в нашем обществе не принято открыто говорить о проблемах, связанных с онкологическим заболеванием. Эти проблемы обсуждаются только в узком профессиональном кругу онкологов, онкопсихологов. Для населения характерна стигматизация больного, поэтому даже пациенты, находящиеся в состоянии длительной ремиссии, не рассказывают о своем заболевании. Парадоксальная ситуация: вокруг нас живет и трудится немало людей, находящихся в состоянии

длительной ремиссии. Так, еще 5 лет назад в онкологических учреждениях России на диспансерном учете состояло около 3 млн. человек, из них 57,7 % имели срок выживаемости более пяти лет [Мерабишвили В. М., 2007]. По данным популяционного ракового регистра, в 2012 г. на диспансерном учете в онкологических учреждениях Санкт-Петербурга состояло 119 294 человека [Мерабишвили В. М., 2012]. При этом число людей, имеющих онкологический диагноз, ежегодно увеличивается. Однако эти люди не могут служить целям пропаганды успехов современной онкологии (как это происходит в западном обществе), так как среди друзей, соседей, сослуживцев тщательным образом скрывается диагноз болезни. Согласно последним законам «Основы законодательства РФ об охране здоровья» (2004 г.) и «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» (2011 г.), пациента информируют о заболевании в соответствии с его потребностями. В этом, однако, общество практически пребывает в информационном вакууме, который хаотично заполняется фрагментарной, отрывочной информацией и мифами. Отсутствие в обществе адекватной информации и диалога между населением и врачами (то, о чем писал в начале прошлого века Н. Н. Петров), а также отсутствие диалога между больным и обществом приводят к формированию наиболее распространенных представлений об онкологических заболеваниях. Часто в результате вульгарной популяризации психологического подхода к раку среди населения бытует мнение, что человек сам виноват в своей болезни («не так, неправильно жил»). Такой профессионально неграмотный взгляд не способствует диалогу заболевшего с его окружением. Наоборот, он вызывает у больных много негативных переживаний, сопровождающихся обидой, раздражением, агрессией, чувством вины и одиночества, так как, по их мнению, они жили «правильно», обращая все свое внимание, любовь и заботу на близких и на работу. Если сердечно-сосудистые заболевания являются более психологически понятными и социально приемлемыми для окружающих («человек много работал в своей жизни или переживал»), то онкологическое заболевание нередко воспринимается как «нехорошее», как «наказание» за некие «грехи», вследствие чего у определенной части больных появляется чувство стыда, что еще более обостряет их изоляцию.

Исследование 183 больных раком молочной железы показало, что 62,3 % пациентов испытывают трудности в сообщении другим людям о своем диагнозе. Так как это, по их мнению, неизбежно ведет к изменениям во взаимоотношениях в семье и к нарушениям стереотипов взаимодействия. Другие же 37,7% больных, которые не испытывают данные трудности, подчеркивают, что сообщение о болезни возможно только самым близким людям [Чулкова В. А., 1999]. При исследовании 138 пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания показано, что 45% больных испытывают сложности при сообщении о своем диагнозе другим людям, а на этапе ремиссии таких больных большинство [Пестерева Е. В., 2011].

Исследование здоровых студентов психологов, у которых имеется опыт взаимодействия с онкологическими больными (среди родных или знакомых есть онкологические пациенты), показало, что у них онкологическое заболевание реже ассоциируется с образом боли, по сравнению с их однокурсниками, у которых отсутствует опыт непосредственного общения с онкологическим больным ($s_2=19,8$,

$p<0,03$). При наличии положительного опыта в отношении заболевания (исход — излечение) у молодых людей присутствует восприятие болезни как переживание психологического и духовного кризиса: «Внутренний взрыв, дающий толчок к глобальному переосмыслению своей жизни», «Потеря смысла жизни», «Поиск новых ресурсов для жизни», «Прекращение прежней жизни». При негативном же опыте в отношении онкологического заболевания (летальный исход) преобладают ассоциации переживания неизбежности и безысходности и отсутствуют переживания болезни на духовном уровне ($s_2=10,6$, $p<0,03$). Можно предположить, что пессимистическое мнение о бесперспективности лечения злокачественных опухолей во многом возникает из-за того, что широким слоям населения известны лишь случаи смерти от рака, но почти неизвестны случаи излечения. К сожалению, необходимо констатировать, что информирование населения через средства массовой информации чаще происходит с позиции запугивания. Вместе с тем, люди «не хотят» слышать такую информацию, так как человеку свойственна бессознательная психологическая защита от неприятных мыслей о смертельной болезни, которой и является в обыденном сознании рак.

На наш взгляд, современное российское общество скорее отзывается на помощь больным детям (чаще материальную, что, конечно же, важно, но недостаточно) и больным, находящимся в хосписах. Как правило, эта помощь не является скоординированной и постоянно действующей, а носит характер акций. При этом имеется огромное число пациентов, которые находятся на различных этапах течения заболевания и его лечения и нуждаются в систематической помощи, как финансовой, так и волонтерской, направленной на ресоциализацию пациентов в обществе. Особенно необходимо выделить значение для пациентов и их семей доступной профессиональной психологической помощи, осуществляемой онкопсихологами и психотерапевтами. Эта проблема может быть в определенной степени решена введением в штат онкологических учреждений клинических психологов, прошедших подготовку по онкопсихологии. Только объединение усилий различных специалистов, включая и общественные волонтерские движения, будет способствовать формированию разностороннего, целостного и ответственного подхода к онкологическим заболеваниям в обществе.

Следует отметить также, что нередко человек, столкнувшись с онкологическим заболеванием, не знает, какими ресурсами обладает система здравоохранения и какие у него есть права как гражданина Российской Федерации. Отсутствие у граждан юридической информации о своих правах в ситуации болезни свидетельствует, с одной стороны, о страхе в обществе перед заболеванием (все избегает мысли о возможности заболеть), а с другой стороны — об игнорировании прав больного человека.

В России, как и во все мире, имеется огромное количество людей, переживших онкологическое заболевание, и тех, кто от него лечится в настоящее время. Эти люди включены в жизнь семьи, в профессиональную и производственную сферы. Они являются неотъемлемой частью общественной системы в различных ее подсистемах. Общество не может игнорировать свою часть в виде онкологических пациентов, их переживаний и потребностей различного уровня и в связи с этим,

стоит перед необходимостью формирования отношения к онкологическому заболеванию как к форме социальной реальности.

Заключение

В настоящее время в обществе уделяется определенное внимание онкологическим заболеваниям. С одной стороны, оно обусловлено неуклонным ростом числа больных раком, а с другой стороны — недостаточной информированностью населения об этой болезни, об успехах медицины в лечении рака и конкретных примерах его излечения. Учитывая состояние общества по отношению к раку, онкологические заболевания можно отнести к разряду высоко социально значимых.

Исследование здоровых людей от 20 до 30 лет, обучающихся различными профессиям, отражает существующие в обществе представления об онкологических заболеваниях. Восприятие онкологического заболевания среди населения различается в зависимости от привычных форм мышления конкретной категории людей и является фрагментарным. Нередко представления о раке, его лечении и исцелении имеют мифическую окраску. Отсутствие необходимой адекватной информации об онкологических заболеваниях вызывает страх и усиливает тревогу среди населения, что особенно характерно для лиц с повышенной личностной тревожностью. Указанные обстоятельства обуславливают игнорирование человеком симптомов недомогания, что ведет к несвоевременному обращению за медицинской помощью. В свою очередь, при лечении запущенного патологического процесса снижается вероятность благоприятного прогноза течения болезни. При этом диагностирование рака и его лечение сопровождаются сверхличными и мучительными переживаниями как самого больного, так и его окружения. Все это способствует усилению психологических защит в обществе, проявляющихся в вытеснении и отрицании болезни либо в канцерофобии, а по отношению к самим онкологическим пациентам наблюдается их стигматизация. Возникает своеобразный порочный круг: страх перед раком мешает больным обращаться к врачам на ранних стадиях заболевания, а диагностирование болезни на поздних стадиях способствует формированию в обществе представления об онкологическом заболевании как о неизлечимом, диагноз которого нередко звучит как приговор. Разорвать порочный круг отношения к онкологическим заболеваниям в обществе возможно только при наличии открытого разговора врачей-онкологов с населением. Доступная и адекватная информация об онкологических заболеваниях позволяет и больному, и его окружению формировать более целостное отношение к болезни: видеть в ее проявлении как соматический, так и эмоциональный, психологический и духовный уровни и воспринимать ситуацию болезни как испытание или кризис, которые возможно пережить. При этом не только знание о существовании социально-психологических проблем пациентов и их окружения, но и реальная, осознанная организация решения этих проблем может способствовать изменению установок общества на онкологические заболевания.

Литература

1. Демин Е.В. Общество и рак. Поиск взаимопонимания // Вопросы онкологии. 2009. Т. 45. № 6.
2. Дымарский Л.Ю. О некоторых исторических корнях современных деонтологических постулатов в онкологии // Вопросы онкологии. 1986. Т. 32. № 12.
3. Мирабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. СПб., 2007.
4. Мирабишвили В.М. Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города в 2010—2012 гг. (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость больных). Экспресс-информация Популяционного регистра (№ 221 IACR). СПб., 2012.
5. Плутерева Е.В. Особенности психологической адаптации пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2011.
6. Чуркова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1999.
7. Почему все так боятся рака? Архив Частного клуба Алекса Экслера [Электронный ресурс]. URL: www.forum.exler.ru/arc./index.php?s=0&showtopic=162249&st=0 (дата обращения: 13.12.2010).

Приложение 2 | Темы семинаров по онкопсихологии с 2010 по 2019 гг.

2010

1 семинар – 10 декабря 2010

Актуальность организации научно-практического семинара по психологическим вопросам онкологии. Определение цели и задач семинара. Знакомство участников семинара

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии СПб МАПО

2011

2 семинар – 4 января 2011

Проблемы профессиональной психологической помощи онкологическим больным

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии СПб МАПО

3 семинар – 11 февраля 2011

Психологические ресурсы преодоления кризисных ситуаций

Потявина Валерия Владимировна

ассистент и аспирант кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций

4 семинар – 11 марта 2011

Психологическая помощь онкологическим больным

Пестерева Елена Викторовна

клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий

5 семинар – 8 апреля 2011

Мой опыт работы с семьями детей с онкологическими заболеваниями

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии городской больницы № 31

6 семинар – 13 мая 2011

Психологические защиты и копинг-стратегии матерей, ухаживающих за тяжелобольными детьми

Федорова Анна

студентка V курса (дневное отделение) кафедры клинической психологии

7 семинар – 10 июня 2011

Литературный текст как инструмент совладания

Даниленко Ольга Ивановна

доктор культурологии, профессор кафедры общей психологии

8 семинар – 10 сентября 2011

О проблеме спонтанного исцеления от рака

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии СПб МАПО;

Пестерева Елена Викторовна

клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций

9 семинар – 14 октября 2011

1. О III съезде онкопсихологов России (август 2011 г., Москва)

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой

2. Организация и работа Центра психологической помощи онкологическим больным «Второе дыхание» в Санкт-Петербурге (доклад на III съезде онкопсихологов России)

Федорова Мария Анатольевна

руководитель Центра психологической помощи онкологическим больным «Второе дыхание»

3. Социально-психологическая помощь больным детям и их родителям в Детском хосписе СПб (доклад на III съезде онкопсихологов России)

Психологи

Детский хоспис Санкт-Петербурга

10 семинар – 11 ноября 2011

«Психология помогающего поведения»

Куницкая Валентина Николаевна

доктор психол. наук, профессор кафедры социальной психологии

11 семинар – 9 декабря 2011

1. О работе медицинского психолога в Институте детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой

2. Год работы научно-практического семинара: итоги, планы и перспективы

Чулкова Валентина Алексеевна

ведущая семинара по онкопсихологии

2012

12 семинар – 13 января 2012

Стресс: современный подход

Абабков Валентин Анатольевич

доктор мед. наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии

13 семинар – 10 февраля 2012

Круглый стол: Принятие болезни онкологическим больным

Пестерева Елена Викторовна

клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой;

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии городской больницы № 31

14 семинар – 16 марта 2012

1. Научный подход к визуализации как методу психотерапии онкологических больных

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

2. Биологическая обратная связь как метод инструментальной визуализации и коррекции физиологических состояний и функций

Васильева Надежда Геннадьевна

клинический психолог отделения физиотерапии НИПНИ им. В. М. Бехтерева

15 семинар – 13 апреля 2012

Молекулярные механизмы рака

Имянитов Евгений Наумович

доктор мед. наук, профессор, руководитель
отделения биологии опухолевого роста НИИ
онкологии им. Н. Н. Петрова

16 семинар – 11 мая 2012

Использование визуализации в работе с онкологическими больными

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии
городской больницы № 31;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций, психолог хосписа № 1;

Пестерева Елена Викторовна

клинический психолог, научный сотрудник
Российского научного центра радиологии
и хирургических технологий; Ушакова
Ольга Васильевна – медицинский психолог
клиники Института детской гематологии
и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой;

Федорова Мария Анатольевна

руководитель Центра психологической помощи
онкологическим больным «Второе дыхание»

17 семинар – 8 июня 2012

Уроки эмбриона

Морозова Ольга Борисовна

психотерапевт Института психотерапии,
консультирования и ведения групп «Гармония»

18 семинар – 14 сентября 2012

IV Всероссийский съезд онкопсихологов (август 2012 г., Москва)

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии
городской больницы № 31;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций, психолог хосписа № 1;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института
детской гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой;

Черненко Ольга Анатольевна

студентка 6 курса (вечернее отделение) кафедры
психологии кризисных и экстремальных ситуаций

19 семинар – 12 октября 2012

Историческая эволюция представлений об онкологических заболеваниях

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций,
старший научный сотрудник НИИ онкологии
им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии
СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Гурова Марина Вячеславовна

психолог, выпускница кафедры социальной
психологии факультета психологии СПбГУ
2012 г.

20 семинар – 9 ноября 2012

Переживание и принятие смерти в произведении Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича»

Васильева Надежда Геннадьевна

клинический психолог отделения психотерапии
НИПНИ им. В. М. Бехтерева

21 семинар – 14 декабря 2012

1. Семинару 2 года: итоги и планы на будущее

Чулкова Валентина Алексеевна

ведущая семинара по онкопсихологии

2. Психолог в онкологии: ресурсы

Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций, психолог хосписа № 1;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института
детской гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой;

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии
городской больницы № 31;

Мартинкевич Надежда Васильевна

студентка 4 курса кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций

2013

22 семинар – 11 января 2013 г.

Семинар посвящен памяти Бориса
Вениаминовича Иовлева (29.09.1936 –
01.01.2013)

23 семинар – 8 февраля 2013

1. Духовные переживания онкологических больных

Гнездилов Андрей Владимирович

доктор мед. наук, профессор, основатель
первого хосписа в России

2. Крупный стол: Духовные переживания онкологических больных

Участники семинара

24 семинар – 15 марта 2013

Методы арттерапии в работе с негативными эмоциями онкологических больных

Шимакова Елена Владимировна

арт-терапевт хосписа № 1

25 семинар – 12 апреля 2013

1. О клеточных технологиях в онкологии и других областях медицины (конференция 19.02.2013, Санкт-Петербург)

Попов Тарас Максимович

студент 4 курса кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций

2. О первой сессии Международной школы психо-социальной онкологии (08.04–10.04.2013, Москва)

Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций,
старший научный сотрудник НИИ онкологии
им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии
СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института
детской гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций, психолог хосписа № 1;

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии
городской больницы № 31

26 семинар – 17 мая 2013

Нарративный подход: особенности и возможности нарративной психотерапии при работе с кризисными состояниями

Петрова Елена

студентка 5 курса кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций

27 семинар – 14 июня 2013

Круглый стол: Профессиональная позиция и личностные качества психолога, работающего с онкологическими больными

Ведущая: Вагайцева Маргарита Валерьевна

соискатель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций, психолог хосписа № 1;

Соведущие: Богданова Елена Ивановна
психолог отделения детской онкологии
городской больницы № 31;

Пестерева Елена Викторовна

канд. психол. наук, клинический психолог,
научный сотрудник Российского научного
центра радиологии и хирургических
технологий;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института
детской гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой

28 семинар – 13 сентября 2013

Психологическое состояние матерей во время лечения их детей в онкологическом отделении

Черненко Ольга Анатольевна

психолог, выпускница кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ 2013 г.

29 семинар – 11 октября 2013

Представления о семейных отношениях у онкологических больных

Еремина Ирина Владимировна

психолог, выпускница факультета психологии СПбГУ 2013 года;

Пестерева Елена Викторовна

канд. психол. наук, клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ) МЗ РФ

30 семинар – 8 ноября 2013

1. Сообщение о I Международной научно-общественной конференции «От смерти к бессмертию, от нереального к реальному» (26.10. – 27.10. 2013 г., Санкт-Петербург)

Васильева Надежда Геннадьевна

клинический психолог отделения физиотерапии НИПНИ им. В. М. Бехтерева

2. Фильм Билла Виолы «The Passing» (Прохождение), 1991 г.

31 семинар – 13 декабря 2013

1. Сообщение о V Всероссийском съезде онкопсихологов (14–16 ноября 2013 г., Москва)

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

психолог хосписа № 1, соискатель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций

2. Семинару по онкопсихологии 3 года: итоги и перспективы

Чулкова Валентина Алексеевна

ведущая семинара по онкопсихологии;

Участники семинара

2014

32 семинар – 17 января 2014

Круглый стол: Ведение групп онкологических больных

Ведущая: Чулкова Валентина Алексеевна

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший научный сотрудник НИИ психологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры психологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Соведущие: Пестерева Елена Викторовна

канд. психол. наук, клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

психолог хосписа № 1, соискатель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций;

Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии городской больницы № 31;

Участники семинара

33 семинар – 14 февраля 2014

Художественное и научно-техническое творчество как способ выхода из жизненного кризиса (на примере работ С. Н. Горлова)

Сергей Николаевич Горлов

34 семинар – 11 апреля 2014

Психическая травма у онкологического пациента

Журавлева Анна Сириусовна

медицинский психолог;

Пестерева Елена Викторовна

канд. психол. наук, клинический психолог, научный сотрудник Российского научного центра радиологии и хирургических технологий

35 семинар – 16 мая 2014

Круглый стол: Работа с родственниками онкологического больного

Ведущая: Вагайцева Маргарита Валерьевна

психолог хосписа № 1, соискатель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций;

Соведущие: Богданова Елена Ивановна

психолог отделения детской онкологии городской больницы № 31;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой;

Черненко Ольга Анатольевна

медицинский психолог

36 семинар – 12 сентября 2014

Танатотерапия как метод работы с кризисными состояниями

Огненко Надежда Михайловна

психолог, телесно-ориентированный терапевт, танатотерапевт

37 семинар – 12 декабря 2014

1. Сообщение о VI Всероссийском съезде онкопсихологов (13–15 ноября 2014 г., Москва)

Вагайцева М. В.

психолог хосписа № 1, соискатель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций;

Ушакова О. В.

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой;

Черненко О. А.

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой

2. «Семинару по онкопсихологии 4 года: итоги и перспективы»

Чулкова В. А.

доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций;

Участники семинара

2015

38 семинар – 13 февраля 2015

Фототерапия: новые возможности фотографии в современной психологии

Ефимова Анжелика Михайловна

психолог-фототерапевт, член и координатор секции «Фототерапии» Российской Арт-терапевтической ассоциации

39 семинар – 13 марта 2015

Супервизия для онкопсихологов: необходимость и возможности

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой

40 семинар – 3 апреля 2015

«Спорные вопросы в онкологии»

Имянитов Евгений Наумович

доктор мед. наук, профессор, рук. отдел. биологии опухолевого роста НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова

41 семинар – 22 мая 2015

Психологические методы коррекции боли у онкологических больных

Васильева Н. Г.

медицинский психолог НИПНИ
им. В. М. Бехтерева;

Черненко О. А.

медицинский психолог НИИ детской
онкологии, гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой

42 семинар – 19 июня 2015

**Круглый стол: Переживание смерти
в работе онкопсихолога**

Вагайцева М. В.

психолог Хосписа № 1, соискатель кафедры
психологии кризисных и экстремальных
ситуаций

43 семинар – 11 сентября 2015

**Круглый стол: Психолог
в онкологической клинике:
основополагающие аспекты**

Чулкова В. А.

доцент кафедры психологии кризисных и
экстремальных ситуаций

44 семинар – 13 ноября 2015

Иммунная система и рак

Балдуева Ирина Александровна

доктор мед. наук, профессор, рук.
отдел. онкоиммунологии НИИ онкологии
им. Н. Н. Петрова

45 семинар – 11 декабря 2015

**1. Сообщение о VII Всероссийском
съезде онкопсихологов» (19–21 ноября
2015 г., Москва)**

Ушакова О. В.

медицинский психолог клиники Института
детской гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой, ассистент кафедры
общей клинической психологии СПбГМУ

**2. Семинару по онкопсихологии 5 лет:
итоги и перспективы**

Чулкова В. А.

ведущая семинара, доцент кафедры
психологии кризисных и экстремальных
ситуаций;

Участники семинара

2016

46 семинар – 12 февраля 2016

**Круглый стол: Начинаящий
специалист-психолог в онкологии:
проблемы, трудности, решения**

Попов Тарас Максимович

медицинский психолог, аспирант кафедры
психологии кризисных и экстремальных
ситуаций;

Мартинкевич Надежда Васильевна

медицинский психолог отделения
реабилитации Городского клинического
онкологического диспансера

47 семинар – 11 марта 2016

**Феномен лиминальности
в экзистенциальном кризисе**

Лебедева Екатерина Ивановна

старший преподаватель кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ

48 семинар – 13 мая 2016

**Круглый стол: Дети в ситуации
онкологического заболевания**

Богданова Елена Ивановна

медицинский психолог отделения детской
онкологии и гематологии городской больницы
№ 31; директор социально-психологического
центра «Радуга жизни» для детей, перенесших
онкологическое заболевание, и их
родственников;

Бакун Дмитрий Андреевич

психолог клиники Института детской
гематологии и трансплантологии
им. Р. М. Горбачевой

49 семинар – 16 сентября 2016

**Общие принципы развития опухолевых
процессов**

Константинова Мария Михайловна

доктор мед. наук, профессор ФГБУ Институт
хирургии им. А. В. Вишневского Минздрава
России, Москва

50 семинар – 14 октября 2016

**1. Роль социально-психологических
факторов в этиологии онкологических
заболеваний**

Лукошкина Екатерина

клинический психолог, Психотерапевтический
кабинет СПб ГКУЗ Психоневрологический
диспансер № 4

2. Психосоматические аспекты рака

Участники семинара

51 семинар – 11 ноября 2016

**Круглый стол: Переживание смерти
в работе онкопсихолога**

Черненко Ольга Анатольевна

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой;

Богданова Елена Ивановна

медицинский психолог отделения детской
онкологии и гематологии городской больницы
№ 31, Хосписа № 1; директор социально-
психологического центра «Радуга жизни»
для детей, перенесших онкологическое
заболевание и их родственников;

Вагайцева Маргарита Валерьевна

медицинский психолог Хосписа № 1; научный
сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова
МЗ РФ;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой, ассистент
кафедры общей и клинической психологии
ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;

Участники семинара

52 семинар – 9 декабря 2016

**1. Индивидуально-психологические
особенности детей, находящихся на
разных стадиях лечения в отделении
трансплантации костного мозга**

Бакун Дмитрий Андреевич

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой

**2. Семинару по онкопсихологии 6 лет:
итоги и перспективы**

Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, к. психол. н.,
доцент кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций СПбГУ;

Участники семинара

2017

53 семинар – 10 февраля 2017

1. История развития психоонкологии

Лукошкина Екатерина

клинический психолог, Психотерапевтический
кабинет СПб ГКУЗ Психоневрологический
диспансер № 4

**2. Развитие психоонкологии и
онкопсихологии в Санкт-Петербурге**

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. н., медицинский психолог отделения
физиотерапии НИПНИ им. В. М. Бехтерева;

Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, к. психол. н.,
доцент кафедры психологии кризисных и
экстремальных ситуаций СПбГУ, ст. н. с. НИИ
онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры
онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

54 семинар – 24 марта 2017

**Возможности применения
двигательной терапии при
реабилитации онкологических
больных**

Цымбал Антонина Владимировна

медицинский психолог, к. психол. н., ст.
преподаватель кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций СПбГУ

55 семинар – 12 мая 2017

Круглый стол: Семинар по онкопсихологии: перспективы развития

Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, к. психол. н.,
доцент кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций СПбГУ, с. н. с. НИИ
онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры
онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Участники семинара

56 семинар – 13 октября 2017

Круглый стол: Семинар по онкопсихологии: обсуждение организационных вопросов

Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, к. психол. н.,
доцент кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций СПбГУ, ст. н. с.
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова,
доцент кафедры онкологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова;

Участники семинара

57 семинар – 17 ноября 2017

Круглый стол: Профессиональные позиции врача и психолога: совместимость, противоречия, ресурсы

Черненко Ольга Анатольевна

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой;

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. наук, медицинский психолог НМИЦ
ПН им. В. М. Бехтерева;

Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, к. психол. н.,
доцент кафедры психологии кризисных
и экстремальных ситуаций СПбГУ, ст. н. с.
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова,
доцент кафедры онкологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова

58 семинар – 08 декабря 2017

1. Организация Ассоциации онкопсихологов Северо-Западного региона РФ

Вагайцева Маргарита Валерьевна

медицинский СПбГКУЗ «Хоспис №1», н. с.
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова;

Карпов Антон Олегович

медицинский психолог СПб КНПЦСМП(о)

2. Семинару по онкопсихологии 7 лет

Бакун Дмитрий Андреевич

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой;

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. наук, медицинский психолог НМИЦ
ПН им. В. М. Бехтерева

2018

59 семинар – 16 марта 2018

Круглый стол: Групповые формы работы с онкологическими пациентами

Вагайцева Маргарита Валерьевна

к. психол. н., медицинский психолог СПбГКУЗ
«Хоспис №1», н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова;

Богданова Елена Ивановна

медицинский психолог отделения
детской онкологии и гематологии СПб
КНПЦСВМП(о), директор АНО Центра
социально-психологической помощи «Радуга
жизни»

Бакун Дмитрий Андреевич

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой

60 семинар – 13 апреля 2018

Круглый стол: Групповые формы работы в практике онкопсихолога (продолжение)

Вагайцева Маргарита Валерьевна

к. психол. н., медицинский психолог СПбГКУЗ
«Хоспис №1», н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова;

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой, ассистент
кафедры общей и клинической психологии
СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. н., медицинский психолог отделения
физиотерапии НМИЦ психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева

61 семинар – 15 июня 2018

1. Ассоциация онкопсихологов Северо-Запада: организационные вопросы

Вагайцева Маргарита Валерьевна

к. психол. н., медицинский психолог СПбГКУЗ
«Хоспис №1», н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова;

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. н., медицинский психолог отделения
физиотерапии НМИЦ психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева

2. Программа подготовки по онкопсихологии: предложения и обсуждение

Чулкова Валентина Алексеевна

к. психол. н., доцент, с. н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры психологии
кризисных и экстремальных ситуаций
СПбГМУ и кафедры онкологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова;

Участники семинара

62 семинар – 14 сентября 2018

Применение арт-метода «Мандала» в работе психолога-консультанта

Суцанская Анастасия Сергеевна
психолог-консультант

63 семинар – 12 октября 2018

1. Регистрация Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного Региона (АОП СЗР)

Вагайцева Маргарита Валерьевна

к. психол. н., медицинский психолог СПбГКУЗ
«Хоспис №1», н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова»

2. Принципы взаимодействия, этические нормы и формы работы в АОП СЗР

Васильева Надежда Геннадьевна

к. психол. н., медицинский психолог отделения
физиотерапии НМИЦ психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева

3. Обновленная программа подготовки по онкопсихологии

Чулкова Валентина Алексеевна

к. психол. н., доцент, доцент кафедры
психологии кризисных и экстремальных
ситуаций СПбГУ, отделения дополнительного
образования НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова и кафедры онкологии СЗГМУ
им. И. И. Мечникова

64 семинар – 16 ноября 2018

1. Предложения и обсуждение работы Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного Региона (АОП СЗР)

Участники семинара и члены Ассоциации

65 семинар – 14 декабря 2018

1. День рождения: семинару по онкопсихологии 8 лет

Чулкова Валентина Алексеевна
ведущая семинара

2. X съезд онкопсихологов России

Вагайцева Маргарита Валерьевна

к. психол. н., медицинский психолог СПбГКУЗ
«Хоспис №1», н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова»

Ушакова Ольга Васильевна

медицинский психолог отделения
восстановительной медицины клиники
НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачёвой, ассистент
кафедры общей и клинической психологии
ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

**3. Организация комплексной
реабилитации (медицинской,
социальной и психологической
помощи) стомированных пациентов
в Санкт-Петербурге** (из опыта
работы онкопсихолога отделения
реабилитации Городского Клинического
Онкологического Диспансера)

Королькова Елена Федоровна
медицинский психолог Городского
клинического онкологического диспансера

2019

66 семинар – 12 апреля 2019

**Встреча с психологами,
использующими свой опыт болезни в
работе с онкологическими пациентами**

Ольга и Илья Голубевы
психологи

Карпов Антон Олегович
организатор встречи, психолог Клинического
научно- практического онкологического центра

67 семинар – 17 мая 2019

**1. Социально-психологическая
реабилитация детей после
прохождения лечения
онкологического заболевания**

Богданова Елена Ивановна
медицинский психолог, директор АНО Центр
социально-психологической помощи «Радуга
жизни»

**2. Роль эрготерапевта в реабилитации
онкологических пациентов
с постмастэктомическим синдромом**

Назарова Светлана Георгиевна
клинический психолог, м. н. с. НМИЦ онкологии
им. Н. Н. Петрова

68 семинар – 13 сентября 2019

**1. Семинар по онкопсихологии: планы
на предстоящий год**

Чулкова В. А.
ведущая семинара;

Участники семинара

**2. Ассоциации Онкопсихологов в СЗР –
1 год. Организационные вопросы.**

Чулкова В. А.
председатель Ассоциации;

Вагайцева М. В.
директор Ассоциации;

Участники семинара

69 семинар – 11 октября 2019

Милосердные основы биоэтики

Ведущая: Микиртичан Галина Львовна
профессор, д. м. н., зав. кафедрой
гуманитарных дисциплин и биоэтики
Санкт-Петербургского государственного
медицинского педиатрического университета

70 семинар – 29 ноября 2019

Новые представления о раке

Имянитов Евгений Наумович
чл.-корр. АМН РФ, профессор, д. м. н., зав.
научным отделом биологии опухолевого роста
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава
России

71 семинар – 13 декабря 2019

**1. День рождения: семинару по
онкопсихологии 9 лет**

2. XI съезд онкопсихологов России

**3. Организационные вопросы и прием
в Ассоциацию**

Чулкова В. А., Вагайцева М. В.
ведущие семинара

Приложение 3

Уважаемый ПАЦИЕНТ! Пожалуйста, заполните эту
карточку и отдайте врачу на ближайшем приеме

Фамилия _____

Имя _____

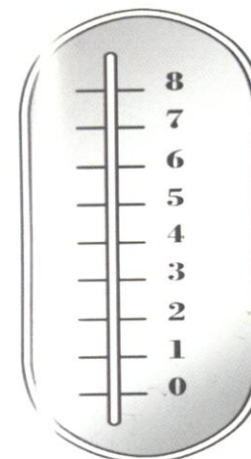
Отчество _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

На данной шкале отметьте уровень Ваших
переживаний, связанных с болезнью, лечением
и изменениями в жизни в связи с ними:

«0» - переживаний нет

«8» - очень сильно переживаю



Шкала самооценки интенсивности переживаний онкологического больного.
Чулкова В. А., Вагайцева М. В., Кондратьева К. О., Пестерева Е. В. | 2016

Авторы издания



Чулкова Валентина Алексеевна

медицинский психолог, кандидат психологических наук, доцент. Доцент отделения дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

Почетный председатель Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Васильева Надежда Геннадьевна

медицинский психолог, кандидат психологических наук, зав. отделением клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России. Секретарь Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Вагайцева Маргарита Валерьевна

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, медицинский психолог СПб ГКУЗ «Хоспис №1», Лахта, клинический психолог отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. Председатель Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Пестерева Елена Викторовна

медицинский психолог, кандидат психологических наук. Научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных состояний ФГБОУ ВО СПбГУ, ст. преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. Заместитель председателя Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Глазкова Евгения Валерьевна

психолог, кризисный психолог, блогер «Онкоистории», член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Богданова Елена Ивановна

медицинский психолог, директор АНО Центр психологической помощи «Радуга жизни»; психолог-консультант, ведущая групп, тренер. Соучредитель Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Аминова Ирина Алексеевна

медицинский психолог ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город» Областной Тюменский онкодиспансер, медицинский психолог ГАУЗ ТО «ХОСПИС», член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Грешникова Наталья Николаевна

медицинский психолог Центра протонной терапии Медицинского института им. Березина Сергея (МИБС), член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Кондратьева Кристина Орхановна

кандидат психологических наук, медицинский психолог НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена, член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Димова Вера Николаевна

кандидат психологических наук, медицинский психолог Ярославской областной клинической онкологической больницы, аккредитованный логотерапевт Института В. Франкла (Австрия), член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Королькова Елена Федоровна

медицинский психолог Центра реабилитации стомированных пациентов отделения медицинской реабилитации № 15 ГБУЗ Городской Клинической Онкологической диспансер. Учредитель Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Малышева Светлана Александровна

клинический психолог, онкопсихолог, когнитивно-поведенческий терапевт, член международного психо-онкологического сообщества (IPOS, Canada), член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Захарова Майя Леонидовна

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, клинический психолог Онкологической клиники Медицинского института им. Березина Сергея (МИБС), член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Матрохина Марина Юрьевна

психолог, онкопсихолог, магистр психологии, ведущая учебных, терапевтических и балинтовских групп, член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



Карпов Антон Олегович

медицинский психолог. Соучредитель Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона





Мисьявичуте Евгения Сергеевна

медицинский психолог отделения реабилитации НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И. П. Павлова», супервизор фонда АдВита, член профессионального сообщества психологов и психотерапевтов, ведущих частную практику в Санкт-Петербурге «ПроБонАльянс», член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Никифорова Елена Мироновна

медицинский психолог, член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

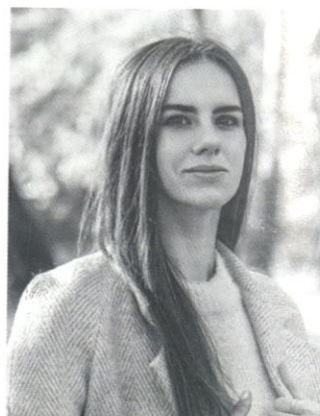


Павлик Анжелика Витальевна

медицинский психолог высшей квалификационной категории отделения медицинской реабилитации НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Русакова Екатерина Александровна

медицинский психолог Кабинета психологической помощи клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, психолог Института медицинского образования ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова Минздрава России, ассистент кафедры психологии Института медицинского образования ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова Минздрава России, член Ассоциации онкопсихологов Северо-Западного региона



Ткаченко Галина Андреевна

кандидат психологических наук, медицинский психолог центра реабилитации ФГБУ «Центральная клиническая больница» Управления делами Президента России, доцент кафедры психиатрии ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, член ассоциации специалистов онкорекреативации (АСОР), член Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона

Цыганкова Елизавета Сергеевна

медицинский психолог ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н. П. Напалкова». Ассистент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева». Исполнительный директор Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона



СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово :: 3

Щелкова О. Ю. :: 3

Константинова М. М. :: 5

Предисловие :: 7

ГЛАВА I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОНКОПСИХОЛОГИИ :: 9

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Васильева Н. Г., Вагайцева М. В.

1.1. Определение онкопсихологии :: 9

1.2. Предпосылки возникновения психоонкологии в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова :: 10

1.3. Направления развития онкопсихологии :: 17

1.3.1. Волонтерская организация «Надежда» | 1988 г. :: 19

1.3.2. Развитие паллиативной помощи. Хоспис №1 | 90-е годы :: 25

1.4. Образовательные программы по онкопсихологии :: 28

1.4.1. Курс онкопсихологии на кафедре онкологии МАПО | 2002 г. :: 28

1.4.2. Курс онкопсихологии на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ | 2003 г. :: 30

1.4.3. Курс онкопсихологии в Институте практической психологии «Иматон» :: 32

1.4.4. Курс онкопсихологии на кафедре психологии в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» :: 33

1.4.5. Курс онкопсихологии в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» :: 33

1.4.6. Курс онкопсихологии для страховых представителей системы ОМС :: 33

1.5. Семинар по вопросам онкопсихологии на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ | 2010 г. :: 34

1.6. От семинара по вопросам онкопсихологии к Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона | 2018 г. :: 40

ГЛАВА II. РАЗВИТИЕ ОНКОПСИХОЛОГИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РАБОТАХ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ОНКОПСИХОЛОГОВ СЕВЕРО- ЗАПАДНОГО РЕГИОНА :: 42

2.1. Отдельные научно-теоретические аспекты в работе онкопсихолога :: 42

2.1.1. Психологическая реабилитация онкологических больных. Ткаченко Г. А., Москва :: 42

2.1.2. Скрининговая оценка уровня переживаний онкологических пациентов. Чулкова В. А., Вагайцева М. В., Кондратьева К. О., Пестерева Е. В., Санкт-Петербург :: 46

2.1.3. Психологическое сопровождение адаптации пациентов к ситуации онкологического заболевания с позиции смыслоцентрированной логотерапии. В. Франкла, Димова В. Н., Ярославль :: 48

2.1.4. Когнитивная модель адаптации к онкологическому заболеванию. Малышева С. А., Санкт-Петербург :: 50

2.1.5. Мифологическое мышление в онкологической практике. Васильева Н. Г., Санкт-Петербург :: 52

2.2. Практические аспекты в работе онкопсихолога :: 57

2.2.1. Роль клинического психолога в реализации биопсихосоциальной модели на отделении реабилитации пациентов онкологического профиля. Мисявичуте Е. С., Санкт-Петербург :: 57

2.2.2. Психологическое сопровождение стомированных пациентов. Королькова Е. Ф., Санкт-Петербург :: 62

2.2.3. Основные задачи, решаемые психологом в Онкологической клинике Медицинского института Березина Сергея (МИБС). Захарова М. Л., Санкт-Петербург :: 64

2.2.4. Работа медицинского психолога в многопрофильном клиническом медицинском центре «Медицинский город». Аминова И. А., Тюмень :: 67

2.2.5. Особенности групповой работы с онкологическими пациентами :: 70

2.2.5.1. Открытые группы психологической помощи онкологическим пациентам в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова. Вагайцева М. В., Санкт-Петербург :: 70

2.2.5.2. Групповая работа с пациентами в Онкологическом центре им. Н. П. Напалкова. Карпов А. О., Санкт-Петербург :: 72

2.2.6. Опыт использования онлайн-формата в психологической помощи больным раком молочной железы. Глазкова Е. В., блогер «Онкоистории» :: 73

2.2.7. Психологическая помощь в ситуации онкологического заболевания ребенка :: 76

2.2.7.1. Больной ребенок и его семья в ситуации онкологического заболевания. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Богданова Е.И., Санкт-Петербург :: 76

2.2.7.2. Психологическая помощь детям, перенесшим онкологическое заболевание, и их близким. Богданова Е.И., Санкт-Петербург :: 79

2.2.7.3. Психологическая помощь детям, проходящим лечение в Центре протонной терапии Медицинского института Березина Сергея (МИБС). Грешникова Н.Н., Санкт-Петербург :: 82

2.2.7.4. Работа психолога на детском отделении Онкологической клиники Медицинского института Березина Сергея (МИБС). Захарова М.Л., Санкт-Петербург :: 83

2.2.7.5. Размышления онкопсихолога о работе на детском отделении. Никифорова Е.М., Санкт-Петербург :: 85

2.2.8. Паллиативная помощь в онкологии. Вагайцева М.В., Санкт-Петербург :: 86

2.3. Исследования в области онкопсихологии :: 89

2.3.1. Психическое состояние родителя и его отношение к больному ребенку в ситуации онкологического заболевания. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Богданова Е.И., Цыганкова Е.С., Санкт-Петербург :: 89

2.3.2. Исследование отношения к болезни у подростков с онкологическим заболеванием. Русакова Е.А., Санкт-Петербург :: 93

2.3.3. Необходимость нейропсихологического обследования у детей с острым лимфобластным лейкозом в раннем периоде реабилитации. Павлик А.В., Мисьявичуте Е.С., Санкт-Петербург :: 97

2.4. Подготовка в области онкопсихологии :: 99

2.4.1. Мастер-класс как вид профессиональной психологической подготовки врача онколога. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ткаченко Г.А., Санкт-Петербург, Москва :: 99

2.4.2. Психологическая подготовка волонтеров к взаимодействию с онкологическими пациентами. Чулкова В.А., Санкт-Петербург :: 101

Заключение :: 104

Онкопсихология: развитие, проблемы и решения. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Васильева Н.Г., Санкт-Петербург :: 104

Литература :: 111

Приложение 1. Методологические основания деятельности онкопсихолога, разделяемые членами Ассоциации :: 118

Экстремальная и кризисная ситуация при онкологических заболеваниях. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. :: 118

Душевный мир онкологического больного. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. :: 123

Психологическая помощь онкологическим больным. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. :: 130

Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. :: 137

Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. :: 143

Приложение 2. Темы семинаров по онкопсихологии с 2010 по 2019 гг. :: 152

Приложение 3 :: 163

Авторы издания :: 164

Содержание :: 170

УДК: 159.9 : 616-006 (470.23-25) «19/20»

ББК: 88.7

**Становление онкопсихологии в Ленинграде – Санкт-Петербурге:
от 70-х годов прошлого века до наших дней** : сборник / ред.
Н.Г. Васильева, Е.В. Пестерева. – СПб. 2024., –176 с.

Дизайн, верстка: В.А. Щербинин

В сборнике представлена история становления психоонкологии – онкопсихологии в Ленинграде – Санкт-Петербурге с 70-х годов прошлого века по настоящее время. В первой части сборника рассматриваются вопросы возникновения онкопсихологии, хосписного и волонтерского движений, а также развития образовательных программ для врачей-онкологов и постоянно действующего семинара по онкопсихологии, из которого в дальнейшем образовалась Ассоциация Онкопсихологов Северо-Западного региона. Вторая часть сборника посвящена различным видам профессиональной деятельности онкопсихологов в настоящее время. В заключительной части сформулированы направления развития онкопсихологии, обозначены проблемы, с которыми встречаются онкопсихологи в повседневной работе и пути разрешения этих проблем. В Приложение сборника включены теоретические психологические работы, на которые ориентируются онкопсихологи.

Авторами сборника являются члены Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного региона. Сборник предназначен для медицинских психологов, работающих в онкологических клиниках, а также для преподавателей и студентов психологических факультетов, для врачей онкологов, а также для всех тех, кто интересуется вопросами онкопсихологии.

ISBN

