**Введение**

**«Нас трое: больной, врач и болезнь.** Чью сторону больной примет - тот и победит» Гиппократ

**История вопроса.**

История возникновения и лечения опухолей насчитывает не одну тысячу лет. Опухоли бывают у растений, у животных, у человека. Опухоли находили на сохранившихся останках времен палеолита (каменный век, 200000-10000 лет до н. э.).

В 1587 г. студенты 1-го медицинского университета в Вюрцбурге изучали науку об опухолях, где им читали лекции в рамках хирургии (5).

Упоминания о новообразованиях и попытках их лечения лекарственными растениями находят в старейших литературных источниках Китая, Индии, Древней Руси. Вплоть до 18 века «основным видом лечения на Руси было пользование лекарственными травами, заговорами и молитвами» (3). Значительно чаще, чем от рака, люди гибли от эпидемий, туберкулеза, голода. С развитием технического прогресса увеличилась продолжительность жизни, и к концу 20 столетия смертность от рака вышла на второе место после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний(10).

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 1990 году ориентировочное число заболевших злокачественными новообразованиями в мире составило 6,45 миллионов человек, в том числе 3,25 миллионов мужчин и 3,2 миллиона женщин(10). **Уровень заболеваемости** в промышленно развитых странах значительно выше, чем развивающихся. Наиболее высокий показатель заболеваемости (более 300 человек на 10000 населения) был зарегистрирован в Канаде, Италии, Великобритании, Бразилии. В России этот показатель составляет 190-220 человек на 10000 человек.(10)

В настоящее время **основным методом лечения** онкологических заболеваний является хирургический метод лечения (9). Но классическое лечение злокачественных опухолей включает хирургическое вмешательство, радиотерапию и химиотерапию. Есть попытки добавить к этим методам новый - иммунотерапию. При **комплексном подходе** все эти виды взаимно дополняют друг друга, хотя при разных типах опухолей их применение бывает неодинаково равномерным.

К комплексному лечению также относится поддерживающее лечение, которое либо устраняет нежелательные побочные явления классического лечения, либо это лечение поддерживает и делает более эффективным. Лечебная программа устанавливается большой группой специалистов, в которую входят терапевты, гистологи, рентгенологи, биохимики, хирурги, химиотерапевты, иммунологи (11).

И заметим, что **«до недавнего времени о помощи онкобольным со стороны** **психотерапевтов и психологов не могло быть и речи**, видимо потому, что принцип детермизма (материальной обусловленности явлений) в научной медицине не оставлял места для «спекуляций» духовными факторами»(12). Поэтому на **психологическую сторону страдания и на роль личности** **больного, его жизненные ценности, его волевую направленность, внутреннюю и внешнюю картину болезни,** играющих не последнюю роль в исцелении, не было уделено достаточного внимания (9). Даже те исследования, которые были проведены в одном из ведущих медицинских центров страны - Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, преимущественно изучали психологический фактор не как одну из возможных причин рака, а как реакцию на уже имеющееся заболевание. Но даже эти исследования и методические рекомендации не получили должного применения в онкологических клиниках (10).

Во многих странах - Германии, Соединенных Штатах, Чехословакии, Японии, Англии (11) - в течение уже более 40 лет проводятся исследования, имеющие целью выявить, как психологические факторы влияют не только на протекание болезни по ходу ее лечения, но и на факторы ее возникновения. На базе этих исследований только в США организовано несколько десятков научных центров и институтов. Цель их - создания - **помочь человеку превратиться из онкожертвы в активного и побеждающего борца за свое здоровье**.

Учитывая выше изложенное, актуальность проблемы психологической реабилитации онкобольных не вызывает сомнений.

Поэтому**, цель данной работы** - изучение опыта работы Общественной организации «Школа выживания «НАДЕЖДА» г. Хабаровска в период от 1994 по 1999 г., как одной из форм социально-психологической помощи онкобольным.

**Объектом исследования** в данном случае выбран опыт собственного наблюдения терапевтических стратегий общения с онкобольными в группе и тактики проведения занятий группы эмоциональной поддержки членов «Школы выживания «НАДЕЖДА».

**Предметом исследования,** соответственно, являлись проявления групповой и личностной динамики в течение основного заболевания в свете изменения системы жизненных ценностей и поведения в социуме.

**Для реализации намеченной цели, была разработана рабочая гипотеза:**

Психологическая реабилитация онкологического больного - это система оздоровления, психологическая основа которой основана и зависит от веры больного в себя и свои возможности, надежды на свои силы и помощь со стороны окружения, любви к себе и миру.

В соответствии с целью и предметом исследования, были определены **задачи**:

провести анализ литературных источников по исследуемой проблеме;

определить общие закономерности личностного портрета онкологического больного (тип личности) и типологию эмоционального ответа как основы психосоматического дисбаланса;

составить аналитический отчет по итогам работы общественной организации

«Школа выживания «НАДЕЖДА» г. Хабаровска.;

разработать ряд возможных рекомендаций по организации психолого-реабилитационной работы с онкологическими больными.

**Методология** строилась с использованием методов:

изучение литературных источников (на русском языке) метод статистической обработки результатов регистрации итогов работы группы;

супервизорство в течение 1998-1999 г занятий группы эмоциональной поддержки (ведущий группы Соколова О.А.) с ведением дневниковых записей и отзывов участников группы (метод интервью, метод беседы, метод наблюдения).

**Практическая значимость работы** - популяризация методов психологической реабилитации онкологических больных, вероятное использование и тиражирование опыта деятельности «Школы выживания «НАДЕЖДА» в работе с данным контингентом больных, что является «принципиально новым подходом в онкопсихологии» (11).

психотерапия онкобольной опухолевый помощь

**Глава 1. Обзор современной психотерапевтической помощи онкобольным за рубежом и в России**

Еще в 1926 году Э. Эвансова - ученица К. Г. Юнга - обследовала с помощью психодиагностических методов 100 пациентов и установила, что незадолго до заболевания раком почти каждый из них утратил либо прервал тесный эмоциональный контакт с близким человеком (3).

Бансон и его сотрудники в 1967 году (1) определяли тип личности и защитные механизмы у пациентов, болеющих раком, в сравнении с различными группами испытуемых, среди которых были пациенты после сложнейших операций, после транспортных травм и просто здоровые люди.

Имеющиеся на сегодняшний день результаты психодиагностических исследований онкологических больных позволяют говорить о взаимосвязи эмоций, центральной нервной системы и иммунной системы (5). Bartrop и другие (1979) обнаружили ослабление иммунной системы (токсическая зернистость лейкоцитов). Kissen (1967) выявил у больных раком легкого **частое нарушение способности к выражению эмоций,** сочетавшуюся с повышенной продукцией стероидов и снижением иммунной защиты. Greens (1966) установил влияние травмирующих жизненных событий и трудностей в преодолении конфликтов на иммунную систему. Grossarth-Maticek (1980) исходит из того, что **влияние всех канцерогенов синергично взаимосвязано с психосоциальными факторами.** В перспективном исследовании, посвященном раку легкого и курению, он показал, что физический фактор риска - курение - действует канцерогенно только тогда, когда он сочетается с психосоциальными факторами риска (например, длительно существующее состояние депрессии, безнадежности).

**Действие определенных установок** на предрасположенных к раковому процессу у людей изучали Leshan и Worthington (1956), Schmal и Iker (1966), Bahnson (1969), Greene (1966): уже до появления заболевания у обследованных лиц были выявлены чувства подавленности, безнадежности и отчаяния.

Карл и Стефани Саймонтон - руководители Даллаского центра онкологических исследований и консультаций - разработали новый терапевтический подход к лечению раковых заболеваний (7). Они рассматривают **заболевание как проблему личности в целом,** поэтому терапия не сосредоточивается на собственно болезни, а учитывает все аспекты человеческой жизни. Это многомерный подход, включающий различные стратегии лечения: обычное медицинское лечение, визуализацию, психологическое консультирование, реабилитационные мероприятия - все, что направлено на стимулирование и поддержку психосоматического процесса исцеления, который изначально присущ организму. Их методика, которая обычно имеет форму групповой психотерапии, сосредоточена на эмоциональных проблемах, но не отделяет их от реальных сторон жизни и, таким образом, обычно включает социальные, культурные, философские и духовные аспекты (7).

В настоящее время во многих научных областях, в том числе и в медицине, усиливается тенденция к **системному исследованию задач**. Это проявляется не только в слиянии смежных наук, но и в обращении науки к нравственно-духовным и экологическим аспектам той или иной проблемы**. Самоисцеление при наличии фактора риска является главным профилактическим средством**. Но в случае развивающейся формы заболевания требуются совместные усилия врача и самого человека. Очень важен доверительный союз врача и пациента.

О. Досталова в своей книге **«Как сопротивляться раку»** (1994) приводит богатый набор психотерапевтических и психологических методик, применяемых в работе с раковыми больными. Среди них рациональная психотерапия, терапия по методу Бека, эмпатическая психотерапия, когнитивная терапия, гипноз, методы релаксации и имагинации, бихевиоральные и дисцентные методы (9).

В. Франкл в своих книгах **«Человек в поисках истины», «Доктор и душа»,** приводит примеры работы с раковыми больными с помощью логотерапии (9).

Ф. Баркер в книге «**Использование метафор в психотерапии**» также приводит примеры работы с онкобольными (9).

Р. Дилтс дает методику **«Изменение убеждений с помощью НЛП**», которая хорошо помогает определить новые цели и найти смысл дальнейшей жизни (10).

Доктор Н. Пезешкиан - автор книги «**Психосоматика и позитивная психотерапия**» приводи в своей книге прекрасно разработанную методику для работы с онкобольными (9).

Сборник трудов ЛГМУ **« Совершенствование методов реабилитации онкологических** **больных**» вышла в Ленинграде в 1978 году.

В 1983 году Е. Ф. Бажиным и А. В. Гнездиловым созданы методические рекомендации **«Психогенные реакции онкологических больных».**

Сотрудниками Ленинградского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева: профессором, д.м.н. Е.Ф.Бажиным, канд. мед. наук А.В.Гнездиловым и канд. псих. наук Г.П.Цейтиной составлены методические рекомендации **«Медико-психологическая служба в онкологических учреждениях» под редакцией профессора, д.м.н. М.М.Кабанова**. рекомендации вышли в 1987 году (10).

В 1995 году А.В.Гнездилов издал книгу **«Путь на Голгофу» (**очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе) (10).

В Москве 4-6 июня 1997 года проходила **1-я Всероссийская конференция** с международным участием. Организаторы - Минздрав РФ, Министерство труда и социального развития РФ, Институт детской онкологии и гематологии ОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Московское общество помощи онкологическим больным (Детская секция). На конференции рассматривались социальные и психологические проблемы детской онкологии, были представлены работы специалистов - психологов и психотерапевтов, работающих в онкологических клиниках Москвы с больными детьми, их родителями, с педагогами. Профессиональный уровень докладов был очень высок: психологический факультет МГУ, кафедра социальной медицины (Российский институт молодежи), НИИ детской онкологии и гематологии, НИИ психиатрии Минздрава РФ (10).

На конференции впервые открыто обсуждалась проблема психологической работы с онкобольными, о множестве стоящих перед психологами и психотерапевтами задач по оказанию помощи родным и близким, о сложности выполнения этих задач.

Проблемы взаимоотношений врача и больного, проблема доверия, проблема инвалидности, проблема адаптации больного к социальному окружению, о страхе смерти, страхе рецидива и многие другие рассматривались с научной точки зрения, и предлагался опыт разрешения их.

В целом же следует заметить, что **в России применение психотерапии и психологии в онкологических учреждениях принимается с большим трудом, потому что человек рассматривается как носитель определенного заболевания**, объект, без учета его психологических ресурсов, которые могут быть использованы в полной мере для его лечения.

**1.1 Совокупность психосоциальных факторов, потенциально провоцирующих опухолевый рост**

В работах специалистов, занимающихся изучаемой проблемой, описаны примерно одинаковые схемы воздействия психосоциальных факторов(2; 8; 9;12).

В анкетированном опросе, проведенном в наблюдаемой группе (33 человека постоянно посещавших занятия - 28 женщин и 5 мужчин, в возрасте от 39 до 55 лет) выявлены те же закономерности:

**1.Драматическое событие** в детстве, главным образом, потеря близких или доверия к ним (повышенно сензитивны к понятию «предательство») - 16 человек;

**2.последующие потери**, которые накладываются на болезненные переживания, связанные с детством. Потеря любимого человека, потеря ребенка (в том числе - брак взрослых детей) - 23 человека;

**3.канцерофобия**. Наблюдается довольно часто в семьях, где случались заболевания раком. Не исключено, что непрекращающийся страх может действовать как стрессовый раздражитель - 21 человек;

**4.утрата своей жизненной концепции**. У каждого человека есть свой жизненный идеал, свое представление о жизненной цели (на начало болезни - отметили 100% участников опроса).

Под давлением жизненных обстоятельств, приходится во многом отступать, и, в конце концов, человек доходит до некоторой границы, отступить за которую он уже не может. Иногда разочарование бывает слишком велико, и жизнь становится бессмысленной. **Причины разочарований** бывают следующие:

‐ Утрата иллюзий, связанных с супружеством (19 человек, из них - 18 женщин, из них 16 -рак молочной железы);

‐ Утрата общественного положения, карьеры (5 мужчин, 11 женщин);

‐ Разочарование в детях (23 человека, все - женщины).

**5.Финансовые трудности**. Эта причина разочарования в жизни указана была в 15 анкетах, у людей, в большинстве своем вынужденных до болезни «подрабатывать» в нескольких местах, обвинявших социум (общество, правительство, начальство) в том, что им не удавалось жить «на должном уровне».

**6. Утрата смысла жизни**. Проявляется, прежде всего, в недостатке интересов, дефиците межличностных контактов. Указана в 5 анкетах.

**7.Нежелание решать жизненные проблемы**: избегание решительных действий по преодолению условий, вызывающих длительный внутренний дискомфорт. (12 анкет).

**1.3Специфические особенности психики онкобольных** - как этиопатогенетический фактор онкологического процесса.

На основе анализа психологических аспектов жизни более чем 500 больных Л.Ле Шан (11) выделяет 4 основных момента (подтверждающихся анкетами опроса при данном исследовании):

‐ Юность этих пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Близость с другими людьми казалась опасной (4 анкеты);

‐ В ранний период зрелости эти пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-либо человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В эти отношения они вкладывали всю душу, считая смыслом своего бытия (27 анкет);

‐ Затем эти отношения разрушились, исчезли из их жизни, в результате утрата вызвала отчаяние (26 анкет);

‐ Свое отчаяние они переживали «в себе», не умея или не позволяя себе эмоционально разрядиться, дать выход негативным эмоциям.

‐ Чаще всего таких людей считают «приятными во всех отношениях»: как правило, они очень терпимы внешне, вежливы, тактичны, дипломатичны, услужливы (32 анкеты). На самом деле эта мягкость, «хорошесть» в действительности указывает на их неспособность поверить в себя, потерю надежды.

В ряде работ, посвященных психологии онкобольного (1;2;5;8), подтверждается, что многим онкобольным бывает трудно выражать отрицательные чувства. Они испытывают потребность всегда казаться хорошими. Но при этом, есть определенные различия в преморбидных особенностях личности онкобольных (11) По классификации 1987 года («Медико-психологическая служба в онкологических учреждениях») различают:

‐ **«синтонные» лица**, для которых характерны общительность жизнерадостность, сердечность, преобладание в психической жизни эмоциональной сферы. Этот тип редко встречается в рамках онко-диагноза. (3 анкеты).

‐ **Циклоиды**, для которых характерны колебания настроения, от грустного к веселому за короткий промежуток времени.(9 анкет)

‐ **Шизоиды** - сдержанные, замкнутые, известной отгороженностью, преобладанием чисто интеллектуальных интересов (7 анкет).

‐ **Возбудимые** - импульсивность, вспыльчивость, раздражительность, в сочетании с педантизмом, вязкостью, медлительностью.(7 анкет).

‐ **Истероидные** - демонстративность, театральность, преувеличенный аффект.(4 анкеты)

‐ **Тревожно-мнительные**, отличающиеся возникновением тревожного состояния по любому поводу, переоценке значимости (в отрицательном смысле) любой ситуации, всевозможными опасениями.(6 анкет)

**Глава 2. Сравнительный анализ психологических приемов работы с онкобольными**

**.1 Методы психотерапии А.В. Гнездилова**

Когда пациент вынужден длительное время пребывать вне дома, развивается угнетенность, апатия, т.е. состояние, называемое «депривацией» дома, утратой ощущения уюта и защищенности. Поэтому такие методы, **как эстетотерапия** **и Арттерапия** - терапия средой, гармонизирующей внутреннее состояние, создающей покой, уют, обстановку, приближенную к домашней - очень важное условие в борьбе с болезнью. Той же цели служит **терапия колокольным** **звоном, домашними животными (и др. видами живой природы**) - гармонизация биоритмики, эмоциональной сферы, снижение аффективности реакций.

**Невербальная психотерапия (нвпт) - бессловесным контактом:**

Виды НВПТ - физический, эмоциональный, интеллектуальный.

Психотерапевтический характер **взаимоотношений больного со священнослужителем**. Виктор Франкл: «Психология лечит душу, а религия ее спасает».

В таком контакте больной может обрести поддержку, которой ему не хватает, прощение, в котором он сам себе отказывает, причастие, т.е. принадлежность к экзистенциальному смыслу бытия.

В Приложении №1 представлены все типы преморбидных состояний с указанием характерных особенностей на всех стадиях развития отношения к диагнозу и рекомендациями по работе в каждом конкретном случае (по Гнездилову А.В.)

**2.2 Методика Карла и Стефани Саймонтон «Путь к выздоровлению**»

В Приложении №4 представлена «Психофизиологическая модель развития онкологического заболевания» и «Психофизиологическая модель выздоровления». Обе схемы используются в рамках **метода коллективной рациональной** терапии. **Коллективная психотерапия** может дать больному очень многое. Группа представляет собой терапевтическую общину, состоящую из пациента, членов семьи, добровольцев (волонтеров), ранее успешно излечившегося от онкологического заболевания. Задачи, стоящие перед такой группой:

1. выбирать добровольцев среди пациентов и обучать их оказывать поддержку остальным больным;

2. давать членам семей пациентов необходимую информацию, обучать медработников правильному психологическому подходу к больным;

. проводить просветительскую работу среди широкой общественности, чтобы она уделяла больше внимания больным, страдающим опухолевыми заболеваниями.

Группы могут быть гомо -, и гетерогенными, объединяться по учету различных критериев: разные типы опухолей, по полу, по возрасту и т.п.

**.3 Методы Гоулера Я**

1. Физические - медицинские (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия, иммунотерапия, гормональная терапия)

Парамедицинские (питание, гимнастика, массаж стоп, учение Рейки, ци-гун и т.п.)

естественные (натуропатия, гомеопатия)

.Психологические - позитивное мышление, позитивные утверждения, визуализация, медитация, контроль стрессовых ситуаций)

.Духовные - раскрытие или создание собственной системы верований, которая максимально позволит реализоваться способностям и потребностям, в полном согласии со своими принципами.

**.4 Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана**

Пятиступенчатая позитивная психотерапия является терапевтической стратегией, лечебные аспекты которой взаимосвязаны с семейной терапией и самопомощью. В рамках индивидуальной, семейной или групповой терапии пациент постепенно приобретает навыки самопомощи согласно девизу: «Если тебе нужна рука помощи - поищи ее на конце своей руки»

Пять ступеней:

**.наблюдение - дистанцирование**; На этой ступени используются методы диагностики (Висбаденский Опросник, проективные методы и. тп.) для оценки актуального развития личности и ее отношения в системе социальных интеграций;

**. Инвентаризация**; анализируется внутренняя Я-концепция во всей ее многогранности;

.**ситуативное ободрение;** позитивизируется мировоззрение и самовосприятие личности пациента;

**.Вербализация**; формулируется проблема, запрос, формируются навыки самопрезентации и саореализации;

.**расширение системы целей**. Совместно с пациентом создается новый жизненный план с учетом приоритетов и потребностей, нацеленный на саморазвитие, самоконтроль, саморегуляцию.

В Приложении №2 изложены основные положения и характеристики методов, применявшихся в групповой психотерапии на момент супервизии.

**Выводы:**

‐ В работе с онкологическими больными во всем мире применяются самые разнообразные методы и приемы психотерапии. Несмотря на разнообразие психотерапевтических подходов, можно отметить основное свойство: все эти методы и способы направлены на гармонизацию внутреннего мира пациента, который под воздействием внешних обстоятельств потерпел крушение;

‐ Все авторы работают с больными в методах описательной психологии, применяя интроспекцию, самоотчет, включенное наблюдение, эмпатическое слушание, идентификацию, беседу, как диалог, биографический метод, интерпретацию внутреннего мира другого.

‐ Внутренний мир больного оказывается в этой работе самой большой ценностью для терапевта, помогающего человеку обрести понимание и принятие этого мира для него самого.

‐ Гуманистическая направленность методов работы, бережная коррекция, предоставление выбора самому человеку раскрывают широкие возможности психологам в работе с онкобольными.

**Глава 3. Сведения о контингенте группы поддержки и описание конкретных случаев**

**.1 Сведения о контингенте**

В группу психологической поддержки обращаются самые разные люди. Это больные с самыми разными стадиями заболевания, их родственники, друзья.

Проблемы, с которыми человек приходит в группу, часто непосильны для психики одного человека: страх смерти, обида на судьбу, чувство вины, зависимость от отношений (в семье, на работе), эмоциональный голод (недостаток позитивных эмоций), нежелание жить, невозможность самому решать свои проблемы, проблемы доверия (врач-больной), проблема низкой самооценки.

В мае 1999 г. статистика регистрации обращений (за период с 1994 по 1999 гг.) составила 656 человек. Из них большинство - женщины (585) мужчин -71 человек. По возрастному составу это люди среднего и предпенсионного возраста, молодежи и детей -8 человек, пенсионеров -22. Отчетные данные по оказанию помощи в группе приведены в Приложении №3.

**.2 Описание конкретных случаев**

**. Ольга С. 46 лет.** Июль 1995-1999 гг. Диагноз: «Рак молочной железы, 2 стадия. Проведено комплексное лечение, радикальная мастэктомия, лучевая терапия, химиотерапия. Обратилась по поводу страха рецидива, желания узнать истинную причину заболевания. Семейное положение: замужем, сын 15 лет. Все бытовые проблемы - ее. Муж не пьет, не курит, но взаимопонимания нет. Есть обида на невнимание мужа, неудовлетворенность отношениями с сыном. За период посещения группы прошла курс позитивных аффирмаций по методу Л.Хэй, выразила желание к волонтерской деятельности. Муж стал также посещать занятия группы, что позволило гармонизировать систему взаимоотношений, создать «поле позитивных предпочтений». Произошло принятие произошедшего, девальвирован страх смерти, рецидива. Показаний для противорецидивного лечения нет.

**2.** **Инга К. 36 лет**. Март 1997 -март 1999 гг. - обратилась по поводу страха смерти в связи с поставленным незадолго до этого диагнозом: «Рак щитовидной железы 3 стадии с метастазами. От операции отказалась. Женщина с высоким интеллектом, огромным творческим потенциалом, не нашедшим реализации в полной мере. Семья не полная, с мужем разведена, есть дочь -15 лет.

С нею было проведено 3 консультации, Были разъяснены все последствия ее неординарного решения**.** Предложено использовать все возможности традиционного (комплексного) лечения, сочетая с психологическим аспектом самопомощи. На третьей консультации она пережила инсайт и нашла истоки своего заболевания. По ее словам, она слишком много отдавала другим, не позволяя себе жить так, как ее бы устраивало («наступив на горло собственной песне»). Вскоре она уехала из Хабаровска, переехав в другой город. Через полгода появилась помолодевшая, похорошевшая, сбросив 17 кг (у нее был избыточный вес). Все это время она самостоятельно занималась по методике М.Ф.Гогулан и работала с позитивным мышлением. Хотя операция не производилась, но опухоль стабилизировалась, метастазы исчезли, она продолжала работать со своими личностными проблемами и активно помогает другим. Вышла замуж. Не оперирована. Живет во Владивостоке, работает с детьми, пишет стихи и картины, ведет группы тренингов. Социально адаптирована.

**3. Михаил Д. 32г**. Проживает в г. Николаевске-на-Амуре. Апрель 1996 -май 1999 г. Рак горла 2 стадии. Обратился за помощью в 1996 году. Проведено 4 консультации с целью выяснения этиопатогенезе заболевания. Профессиональный художник, не реализовавший своих возможностей, недавний развод с женой, невозможность роста профессионального и тупик духовный. Было предложено 3 варианта:

оперироваться и работать со своими проблемами;

отложить операцию на месяц и активно поработать с психологической причиной;

найти свой путь к здоровью.

Он выбрал третий путь. Отказался от операции, проработал самостоятельно все психотравмирующие ситуации, нашел свой путь к Богу и уехал в Минусинскую христианскую общину. Сейчас он здоров физически и духовно. Рецидивов за это время не было.

. Галина И. 54 года Сентябрь 1995 г. - март 1999 г. В группу попала в состоянии психологического шока, получив направление на облучение по поводу рака молочной железы 3 стадии с метастазами. Семья не полная, с мужем разошлась давно, по причине его алкоголизма, дочь взрослая, замужем. Есть 5 сестер, которые, узнав о диагнозе, начали хоронить ее заживо. Из состояния шока ее удалось вывести в тот же день, беседа длилась 6 часов. Она получила литературу по психогигиене, информацию о способах и методах самонаблюдения и самопомощи и далее работала самостоятельно, появляясь на группе с докладом о самочувствии и проделанной работе. Лучевую терапию перенесла неплохо. Была проведена радикальная мастоэктомия. Провести химиотерапию не удалось из-за развившегося дисбактериоза. Далее она сама занималась по интуитивно подобранным методикам. Через 7 месяцев возникли метастазы в другой груди и развился артроз плечевого сустава. Опять была назначена лучевая терапия и одновременно - иммуностимулирующие средства и детоксицирующая терапия, которую она назначила себе сама (больная по профессии врач). Делалось это втайне от онколога, не одобрявшего такой вид лечения.

Одновременно с этим она посещала бассейн, группу эмоциональной поддержки и хор народной песни. Через 2 месяца такой активной работы она сумела стабилизировать свое состояние. Через год - гибель младшей сестры (психотравма), в результате стресса опять возникли метастазы. Она опять проходит выбранный ею курс лечения, одновременно активно занимается моржеванием. Через месяц состояние стабилизируется. Эта женщина научилась управлять своим состоянием самостоятельно, не отказываясь при этом от квалифицированной медицинской помощи, но и не возлагая на врачей всю ответственность за свое выздоровление. Она сейчас ведет очень активную работу по пропаганде ЗОЖ в своем жилом массиве, готова работать с людьми, нуждающимися в поддержке. Рецидивов с 1998 г. не было.

Принцип оказания помощи в группе - у каждого больного свой выход из его трагической ситуации.

Он должен приложить максимум усилий, так же как в момент своего рождения, потому что избавиться от рака - равносильно тому, чтобы родиться заново. Если больной не может найти достойную его жизни цель, то он, для того, чтобы выжить, должен ставить перед собой трудновыполнимые задачи. Но полностью избавиться от онкологического заболевания может лишь тот, кто душой чувствует острую необходимость своего дальнейшего пребывания в этом мире. Те, кто взял на себя ответственность за свое здоровье, способны на многое.

**Заключение**

**Выводы:**

**.** Здоровый организм характеризуется состоянием гомеостаза или динамического равновесия; здоровье связано с гибкостью, а стресс - с дисбалансом и утратой гибкости. Процессы заболевания и исцеления представляют собой в значительной степени психические процессы.

**2.** Психическая активность является многоуровневой системой процессов, причем большинство из них протекает в подсознании, что не всегда осознается личностью. Все нарушения в организме имеют психосоматическую природу, в том смысле, что они включают постоянное взаимодействие разума и тела. Физическая болезнь - это проявление лежащих в ее основе психосоматических процессов, которые бывают вызваны психологическими и социальными проблемами.

**3.** Проблемы, стоящие перед онкологическими больными, являясь этиопатогенетическими факторами, относятся к их душевной невысказанности - страх жизни, страх смерти, страх за близких, обида на жизнь, чувство вины, зависимость от отношений - приводят к психосоматической дезадаптации.

**4.** Психологическая реабилитация онкологических больных ставит своей задачей помощь в обретении веры в свои силы, надежды на лучшее и любви к себе и миру, а также умение видеть проблему во всей ее многогранности - свобода выбора.

**5.** Методы, способы и приемы, проанализированные в данной работе универсальны и индивидуальны одновременно, применимы к каждому конкретному случаю.

**Рекомендации:**

**.** Опыт работы группы психологической поддержки позволяет говорить о том, что при минимуме средств и горячем желании участия в такого рода помощи онкобольным, можно сделать многое. Необходимо создать центр психологической помощи таким больным.

**2.** Необходима система подготовки специалистов - психологов и волонтеров для работы с больными и членами их семей;

**3.** При работе с этой категорией больных психолог четко должен представлять, насколько он ограничен собственными страхами и проблемами, для того, чтобы быть предельно честным и искренним в беседах с больными, обладающими обостренным чутьем малейшей неправды, иначе это приведет к дальнейшей фрустрации больного и к усиление его самоизоляции.

**4.** Психолог, работающий с онкобольными, должен обладать устойчивой «Я-концепцией», сформированной внутренней картиной собственного здоровья, а также представлять пределы своей психофизиологической выносливости.

**Приложения**

**Приложение 1**

**Рекомендации А.В.Гнездилова по работе с онкобольными в соответствии с преморбидными особенностями личности**

**Группа шизоидов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Проявления | Рекомендации |
| Шоковая | Внутренний взрыв. Собственная гибель равнозначна гибели мира, но переживание носит скорее интеллектуальный характер. Короткий период. Остановка времени. | Дать больному возможность выразить информацию так, как он ее понимает. Дать надежду на интеллектуальном уровне, включая в информацию мысль о значимости психологической установки, которая зависит от самого больного. |
| Отрицания | Длительный период нередко до самого конца. все сконцентрировано на борьбе за жизнь, создается своя система лечения забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось | Не мешать больному в построении своей собственной версии болезни, но и не включаться в нее. Не торопиться с помощью, если не убедились, что пациент в ней нуждается. |
| Агрессии | Выражена недолго. Агрессия скорее умозрительная, если не создается параноидальная идея «околдовывания», «порчи». Возможность суицида с «отмщением раку». Ощущение магического воздействия окружающих, а также утекающего времени, сократившего простор. | В случае возникновения параноидальных реакций отношения, околдовывания, порчи следует вступать в диалог и пытаться разубедить больного. |
| Депрессии | Депрессия больше интеллектуальная, нежели эмоциональная. Скорее апатический характер депрессии, стремление к одиночеству. Чувство вины оформлялось идеями мирового зла. Наличие иллюзорных переживаний - вещих сновидений и предчувствий. Чувство времени замедлено, пространство не сужалось. | Поддержка больного, хотя и нет необходимости разделять его переживания. Дать высокую оценку личности пациента и его внутреннему миру. Пациенту необходим собеседник. |
| Принятия | Часто совпадает с религиозными представлениями, с верой в бессмертие. Ожидание смерти, замедление времени. Пребывание в своем пространстве. | Принять версию больного, уметь его выслушать, дать эмоциональную поддержку. |

**Группа циклоидов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Проявления | Рекомендации |
| Шоковая | Эмоциональный удар. Бурное переживание катастрофы. Ощущение ускорившегося времени и сужение пространства. | Целесообразна дача информации в присутствии близкого пациенту человека. Дать выплеснуться, затем занять пациента отвлекающим делом. Предложить выехать на природу. |
| Отрицания | Больные чаще - реалисты и чувствуют, что знают правду, их отрицание, скорее «игра для близких», которые навязали ее пациенту. Сужение пространства, ускорение времени. | Постараться скорее изгнать недоговоренность и умолчание из взаимоотношений. Больной нуждается в правде. Информацию давать не сразу, а частями. |
| Агрессии | Недовольство, основанное на реальных фактах. Обоснование претензий. Агрессия короткая. | Дать выплеснуться больному. Разделить его негодование, если оно справедливо. |
| Депрессии | Выраженная склонность к тоске, смены настроения. Остановившееся время. | Больной нуждается в сочувствии, но не в убеждении. |
| Принятия | Живет настоящим, время исчезает, возникает экзистенциальное состояние. | Обогатить окружающий мир больного (музыка, природа, близкие) с целью поддержания в нем положительных эмоций. Организовать пространство больного. Среди всего прочего наиболее значимо для пациента - общение. |

**Группа эпилептоидов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Проявления | Рекомендации |
| Шоковая | Реакция часто бывает отставленной. Возможен взрывной эффект. Реакция страха может мгновенно переходить в агрессию. | Необходимо присутствие близких или медперсонала. Давать информацию по частям, сохраняя возможность отступления. Дать время на «созревание» для правды. |
| Отрицания | Больной пытается отрицать заболевание и убедить собеседника согласится с ним. Стремление подчинить своей воле и представлениям. Отрицая, подозревает правду. | Выслушивать больного, но путем контрвопросов уходить от ответа на его провокационные вопросы. Никогда не поддерживать больного во лжи самому себе, тем более что в стадии агрессии больной может за это отомстить. |
| Агрессии | Негодование больного сильная аффективная реакция | Дать выплеснуться, сохраняя управление реакцией, так как больной готов к безудержности. Не противоречить и не разубеждать. Отвлечь пациента какой-либо деятельностью, - хотя бы предложить ему написать свои жалобы на бумаге. Дать возможность физического выплеска, какую-то нагрузку. |
| Депрессии | Тревожная депрессия. Время ускоряется, и больной мучительно пытается его замедлить. Возможность суицида. Пространство сужается. | Нужны поддержка, отвлечения: просмотр программ телевидения, радио, музыка. |
| Принятия | Нуждается в собеседнике. | Верит себе, если заставит поверить в свою «правду» другого. |

**Группа психастеников**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Проявления | Рекомендации |
| Шоковая | Ужас при получении негативной информации. Время ускоряется, пространство сужается. | Необходимо давать информацию не прямо, а косвенно и частями. Важно присутствие близкого человека, чтобы смягчить переживания. Дав информацию, не уходить от больного, а побыть с ним столько, сколько ему нужно. |
| Отрицания | Поиск позитивных референтов. Растерянность, неуверенность. Пространство расширено, время ускорено. | Слушать пациента, не выражая каких либо знаков согласия или отрицания. Необходима эмоциональная поддержка и волевое внушение. Дать отвлекающее задание. |
| Агрессии | Выражена слабо, чаще обращена в себя. | Не давать выплескиваться, так как, угрызая себя, пациент часто теряет душевные силы. |
| Депрессии | Нередко тревога и деперсонализация. Больной живет тревожными фантазиями насчет будущего. | Переориентировать на настоящее. |
| Принятия | Непостоянство успокоения. Время ускорено. | Поддерживать этот период. Обязательно быть рядом. Одиночество непереносимо. Самый страшный враг для пациента - он сам и его фантазии. |

**Группа истероидов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Проявления | Рекомендации |
| Шоковая | Демонстративный выплеск эмоций. Время то ускоряется, то замедляется, пространство так же непостоянно. | Дать больному выплеснуться, не боятся оставить его одного. Быстрее успокоится. |
| Отрицания | Эйфория. Пространство сужается, меняет места проживания. Торопится насытить время и себя новыми эмоциями. | Не мешать больному, но изредка напоминать ему о реальности. |
| Агрессии | Демонстративные угрозы, проклятия. | Не вовлекаться в игру больного, в которую он и сам верит лишь отчасти. Возможно оставить его одного. |
| Депрессии | Говорят о смерти. Репетиция смерти. Преувеличение страдания. | Сочувствие. Дать выплеснуться, погладить, успокоить больного. |
| Принятия | Демонстрация гармоничного примирения. | Поддержка. Требуются зрители (и чем больше, тем лучше). |

**Приложение №2**

**Обзор приемов и методов психотерапии.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Автор и книга | Приемы и методы психотерапии | Примечания |
| А.В.Гнездилов, «Путь на Голгофу» | Общение со священником. Психотерапия средой. Эстетотерапия. Арттерапия. Общение с живой природой. Терапия колокольным звоном. Ароматерапия. создание красоты человеческих отношений. Фитотерапия. Сказкотерапия. Куклотерапия. Групповая психотерапия. Невербальная психотерапия. Терапия домашними животными. | Применяется со всеми типами больных во всех психологических стадиях. |
| Карл и Стефани Саймонтон, «Возвращение к здоровью» | Психологическое консультирование. Релаксация. визуализация. Работа с прошлыми обидами. Работа с прощением. Создание позитивных мыслеобразов. постановка целей. Встреча с Внутренним Наставником. Физические упражнения. Работа со страхами. Система семейной поддержки. | Работа со страхами позволяет освободить психику больного от ненужных переживаний и позволить организму самонастраиваться на излечение. |
| Ольга Досталова, «Как сопротивляться раку» | Эмпатическая психотерапия. Рациональная психотерапия. Когнитивная психотерапия. Терапия методом установок. Суггестивная психотерапия (самовнушение, гипноз). Релаксация и работа с образами. Групповая психотерапия. Коллективная (общинная) психотерапия. | Применимы ко всем типам больных на всех психологических стадиях. |
| Ян Гоулер, «Вы можете победить рак» | Психологические средства: Позитивное мышление. Контроль стрессовых ситуаций. Позитивные утверждения. Визуализация. Медитация. Духовные средства: Обретение собственной духовной реальности или системы верований. Создание такой жизненной системы, в которой максимально реализовывались бы ваши способности, исправлялись ваши недостатки и вы могли бы жить в полном согласии со своими жизненными принципами. | Применение духовного подхода позволяет обрести новые смыслы жизни и новые цели в соответствии с глубинными внутренними потребностями. |
| Носсрат Пезешкиан, «Психосоматика и позитивная психотерапия» | Позитивная пятиступенчатая психотерапия. Наблюдение\ дистанцирование. инвентаризация. ситуатиативное одобрение. вербализация. расширение системы целей. Обсуждение смысла жизни, смысла болезни, применение метафор. Позитивный настрой на общение с детьми, партнером, друзьями, знакомыми в зависимости от конкретной ситуации. Преодоление стрессовых ситуаций через анализ. Применение релаксации. Диета. Физические упражнения. | Применима ко всем типам больных на всех психологических стадиях. |
| Роберт Дилте, «Изменение убеждений с помощью НЛП» Филип Баркер, «Использование метафор в психотерапии» | Работа с убеждениями на пяти логических уровнях: А. Идентичность - я жертва рака (я здоровый человек). Б. Убеждение - нет никакой надежды, нужно смириться с неотвратимым (если я здоров, я могу помогать другим). В. Способность - я не способен поддерживать свое состояние (я знаю, как сохранить свое здоровье). Г. Особый тип поведения - у меня раковая опухоль (иногда я могу делать что-то полезное для здоровья). Д. Внешнее окружение - рак пытается меня одолеть (это лекарство вылечило меня). Применяется рефрейминг, реимпринтинг, визуализация, метафоры, постановка целей, метапрограммирование. | Применима ко всем типам больных на всех психологических стадиях. |
| Джеральд Джампольски, «Любовь побеждает страх» | Групповая психотерапия по типу группы встреч, создание безопасного пространства для отреагирования психотравмирующих эпизодов. Работа с ограничивающими убеждениями. | Применима для работы как с больными, так и с их ближайшим окружением. |
| Луиза Хей, «Как исцелить свою жизнь», «Сила внутри вас» | Работа с прощением, работа с позитивными утверждениями, позитивное мышление, аффирмации, визуализация. Молитва. Медитация. Три основных метода методики: Желание Контроль над умом. Отказ от самокритики. | Применяется в работе с группой риска, с больными и их близкими. |

**Приложение №3**

**Итоги работы общественной организации онкобольных «Школа выживания «Надежда»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид деятельности | Ед. изм. | 1994 7-12 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 1-5 | Всего |
| **1. Духовная помощь онкобольным, оказанная священниками Хабаровской епархии РПЦ,** оказанная при участии группы | Чел. | 15 | 62 | 102 | 13 | 4 | - | 196 |
| **2. Психологическая реабилитация онкобольных.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. Работа психотерапевта с группой | Дни | - | - | 20 | - | - | - | 20 |
| 2.2. Проведение встреч группы психологической поддержки. | Дни | 32 | 55 | 53 | 53 | 56 | 21 | 270 |
| 2.3. Работа волонтеров в КОД. | Дни | 32 | 50 | 55 | 12 | 2 | 1 | 152 |
| 2.4. Работа волонтеров в других лечебных учреждениях. | Дни | - | - | 40 | 14 | 39 | 5 | 98 |
| 2.5. Проведение встреч клуба позитивного общения. | Дни | - | - | - | - | 3 | 5 | 8 |
| **Итого проведено встреч:** | Дни | 64 | 105 | 148 | 79 | 100 | 32 | **548** |
| 2.6. Индивидуальное консультирование | Конс. | 22 | 152 | 180 | 200 | 208 | 40 | 802 |
| 2.7. Психологическая помощь больным в терминальной стадии. | Чел. | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | - | **15** |
| 2.8. Психологическая помощь родственникам этих больных. | Конс. | 4 | 16 | 41 | 52 | 40 | 5 | 158 |
| **Итого проведено консультаций:** | Конс. | 26 | 168 | 221 | 2 | 248 | 45 | **960** |
| **3. Просветительская работа.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. Лекции о специфике психологии онкобольных и реабилитации после проведенной операции. | Лек. | - | - | 6 | 3 | 3 | 3 | **15** |
| 3.2. Перевод с английского брошюр по самопомощи: «После диагноза», «Химиотерапия и ВЫ». |  Стр. Стр. |  - - |  - - |  - 25 |  - - |  20 - |  - - |  20 25 |
| 3.3. Препринт сборника «Вы можете победить Рак» | Стр. | - | - | - | 100 | - | - | 100 |
| 3.4 Газетные публикации | Ст. | - | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 11 |
| 3.5. Радиопередачи | Пер. | 2 | 2 | 10 | 9 | 2 | 5 | 30 |
| 3.6. Телепередачи. | Пер. | 1 | - | - | 1 | - | - | 2 |
| 3.7. Размножение информации | Стр. | 500 | 1500 | 3000 | 2000 | 1600 | 400 | 9000 |
| 3.8. Проведение семинаров по означенной тематике. | Сем. | - | - | - | - | 4 | 5 | 9 |
| 3.9. Участие в конференциях и семинарах. | Кон. Сем. | - - | 2 - | 1 1 | 5 6 | 2 6 | 2 5 | 12 18 |
| **4. Социальная работа.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1. Спонсорская помощь Е.Дворниченко (В.Вербовский) | Тыс. руб. | - | 1280 | - | - | - | - | 1280 |
| Всего обратилось за помощью в группу поддержки за весь период работы: В том числе мужчин, Женщин. |  Чел. Чел. Чел. |  28 3 25 |  90 12 78 |  146 16 130 |  175 18 157 |  170 16 154 |  47 6 41 |  656 71 585 |

**Приложение №4**

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ** (по К. и С. Саймонтон)



**Список использованной литературы**

Гербер Р. Вибрационная медицина. 1997

Гогулан М. Попрощайтесь с болезнями. 1995

Иванов Ю. Иванова Н. Жизнь по интуиции. Онкология - дело семейное. 1994

Малахов Г. Создание собственной системы оздоровления. 1993. 1995. 1997

Маловичко А. Страшный диагноз… С чего начинать? (пособие для желающих выжить. 1997)

Новикова Н. Альтернативная онкология. 1997

Саймонтон К. и С. Возвращение к здоровью. (Новый взгляд на тяжелые заболевания). 1995

Сигел Берни. Здоровье духа, здоровье тела. 1998

Соколова О.А. Проблемы психологической реабилитации онкобольных. 1999

Традиционные и нетрадиционные методы предупреждения и лечения рака. Сборник под ред. Волосянко М.М. 1994

Фролов М. Мировой опыт исцеления злокачественных опухолей. 1997

Шаталова Г. Философия здоровья. 1997