

## К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Е.Г. ЯРОВАЯ

Статья посвящается памяти Галины Александровны Петровой, под руководством которой было выполнено исследование, послужившее основанием для этой статьи

Все возможности современной медицины могут быть сведены на нет отсутствием психологической поддержки пациента в трудную минуту

*А.В. Скворцов, учредитель АНО «Проект СО-действие»*

Статья посвящена актуальным вопросам психолого-социального сопровождения онкобольных и представляет собой попытку рефлексии практической и исследовательской деятельности психологов в клинике онкологических заболеваний. Рассматриваются ключевые особенности интерперсональных отношений и социальной поддержки онкобольных. На основе собственного опыта работы в клиническом отделении комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний ФГБУ Российского научного центра рентгенорадиологии МЗ РФ автор описывает специфические черты переживаний и реагирования, характерные для пациенток со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы.

**Ключевые слова:** психоонкология, «онкофобия», социальная поддержка, интерперсональные отношения, кризисная жизненная ситуация, психологический дистресс.

Исследование, послужившее основанием для этой публикации, проводилось под научным руководством доцента кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета Г.А. Петровой и посвящено проблеме изучения ценностно-смысловых ориентаций и особенностей социальной поддержки пациентов, страдающих онкологическими заболева-

ниями<sup>1</sup>. Данные исследования учитывались в апробации русскоязычной версии опросника социальной поддержки F-SOZU-22 [18] и теста Шкала экзистенции А. Лэнгле [23]. Не менее значимой оказалась задача рефлексии личного опыта работы с онкологическими больными.

Сегодня, спустя шесть лет с момента завершения «полевого» периода исследования, среди обстоятельно изложенных результатов, возникших предположений, подтвержденных и неподтвержденных гипотез, описанных феноменов переживания и реагирования пациенток в ситуации психотерапевтического контакта и диагностики, наиболее значимыми видятся те, которые имеют отношение к социальной поддержке онкобольных, опеределению места и роли психолога в такого рода поддержке, к рефлексии профессионального выбора психологов, к поиску направлений дальнейших исследований психологических особенностей пациентов онкологического профиля не только в контексте узкопрофессиональных задач, но с целью интеграции данных и наблюдений в рутинную практику сопровождения онкобольных.

### **Психоонкология в обществе «онкофобов»**

Психолого-социальное сопровождение онкобольных как область профессиональной деятельности психологов и психотерапевтов в нашей стране имеет специфические черты, обусловленные проявлениями социальных, экономических, системных и многих других факторов.

Одним из ключевых факторов, пусть и не настолько очевидным, как, например, дефицит специалистов-психологов в онкодиспансерах и отделениях, является распространенность в современном российском обществе такого явления как «онкофобия» [7]. Как она проявляется? В нашей обыденной жизни соотношение понятий «рак» и «обреченность» давно приобрели синонимичный характер. Малая информированность населения в вопросах эффективности методов лечения, невыясненная этиология рака вызывают представления о заразности этого заболевания, что нередко приводит к социальной изоляции и самоизоляции больного.

«Онкофобия» проявляет себя высоким уровнем страха у населения как перед первичной диагностикой новообразований, так и перед самим диагнозом и его носителями. Зачастую в обыденном сознании россиян этот страх реализуется в установках «лучше не знать», «как начнешь проверяться, все найдут» и пр. Тогда как традиционно ранняя ди-

---

<sup>1</sup> Семенова Е.Г. Ценностно-смысловые ориентации у пациентов с онкологическими заболеваниями. Дипломная работа, выполненная на кафедре клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ, 2008.

агностика рассматривается во всем мире как главный пункт профилактики рака. Личный опыт получения медицинских услуг в Великобритании позволил узнать, что в этой стране уже несколько лет существует опыт обязательного прохождения «cervical smear test»<sup>2</sup> для женщин начиная с 25 лет, не реже чем раз в три года. Любая гинекологическая процедура, предусматривающая хирургическое вмешательство или гормональную терапию, потребует от пациентки предоставления данных о результатах smear-теста. Поводом для внедрения теста на уровне National Health Service (NHS)<sup>3</sup> и обязательной противовирусной вакцинации девочек-подростков послужила смерть в 2009 году англичанки Джейд Гуди (Jade Goody) от рака шейки матки по причине несвоевременного прохождения теста.

Онкологи в частных беседах выражают досаду, нередко граничащую со злостью, по отношению к пациентам, которые игнорируют первые признаки заболевания и оказываются в клиниках уже на 3-й или 4-й стадиях, тогда как многие виды злокачественных новообразований, диагностированные на ранних стадиях, эффективно лечатся. Фактически люди узнают о том, что такое «рак», когда оказываются осажденными в крепости собственных страхов, отчаяния и иллюзий, порожденных в том числе доверием многочисленным целителям, экстрасенсам и создателям чудо-рецептов.

Подготовку психологов и психотерапевтов осуществляют медицинские и психологические вузы, но, по сути, в онкоклинике психологи оказываются по собственному выбору. Это связано с тем, что в настоящее время образовательные стандарты государственных психологических факультетов не предусматривают специализированных программ подготовки онкопсихологов. Повышение квалификации, информационная и методическая поддержка, обмен опытом — все это находится в поле интересов, финансирования и ответственности самого специалиста.

В настоящее время в России создана и действует Ассоциация онкопсихологов. По состоянию на 2011 г. специализацию по онкопсихологии в России получили 94 психолога. С 2009 года проводятся ежегодные всероссийские съезды онкопсихологов, на одном из которых было принято Коллективное обращение онкопсихологов к Минздравсоцразвития России с предложением ввести в штат каждого онкологического учреждения страны ставку психолога. Стоит отметить тот факт, что в ФГБУ РНЦРР МЗ РФ, на базе которого проводилось наше исследова-

<sup>2</sup> Аналог российского ПАП-теста (метод лабораторной диагностики, с помощью которого можно обнаружить атипичные (измененные) клетки на слизистой канала шейки матки).

<sup>3</sup> Национальная служба здравоохранения.

ние, такая ставка есть, при этом среднее число пациентов только стационара центра составляет порядка 400 человек в год.

В 2013 году усилиями Правительства Москвы и Всемирной Организации Здравоохранения совместно с Международным обществом психо-социальной онкологии (International Psycho-Social Oncology Society; IPOS) прошла первая в России Школа психо-социальной онкологии. В течение нескольких дней для онкологов, психиатров и клинических психологов со всех регионов России и стран Восточной Европы (всего 150 человек) проводили теоретические лекции и практические мастер-классы ведущие мировые специалисты в области психо-социальной онкологии, в том числе и Джимми К. Холланд (Prof. Jimmie C. Holland, MD) — создатель направления психоонкологии в медицине, учредитель Международного общества психо-социальной онкологии. Школа заявляет своей целью создание в России регулярной обучающей программы в области психо-социальной онкологии, направленной на обучение онкологов, психиатров, психологов мировым стандартам психо-социальной поддержки и реабилитации онкологических больных и их семей, внедрение стандартов психофармакотерапии коморбидных психических расстройств и осложнений основного лечения, организацию психо-онкологических служб как части рутинной онкологической помощи.

Стоит ли говорить, что приведенные выше цифры для страны с населением в 143 млн. человек выглядят скорее удручающими, чем обнадеживающими!

Фактически «открытой» темой для самого российского общества является только детская онкология во многом благодаря тому, что в детских отделениях активно работают волонтеры, организуются спецпроекты по интеграции и реабилитации спасенных детей, программы помощи родителям и многое другое. В большинстве случаев эти мероприятия финансируются и реализуются силами благотворительных организаций и фондов. Такие мероприятия и есть социальная поддержка, в которой в первую очередь нуждаются пациенты и их семьи.

Возвращаясь к вопросу о проявлениях «онкофобии», необходимо отметить, что ключевым фактором, который позволит изменить сложившуюся ситуацию, является информационная поддержка российского общества. Только имея открытый доступ к достоверной информации о заболевании, о стадиях реагирования на болезнь, о новациях и подходах к лечению, о профилактике, о возможности поддержания качества жизни, мы не множим ложных знаний и избавляемся от «онкофобии» и иррациональных страхов.

В последние годы достоверность и доступность информации о раке, реабилитационных и профилактических возможностях активно обеспечива-

ется совместной деятельностью психологов, онкологов и представителей бизнеса. С 2012 года действует Всероссийская горячая линия социально-психологической помощи для онкологических больных и их близких.

Существует профессиональный портал для онкологов [www.oncology.ru](http://www.oncology.ru) и портал помощи пациентам, их семьям и близким [www.help-patient.ru](http://www.help-patient.ru), который в том числе предоставляет юридические консультации пациентам и их семьям.

С 2010 года силами Некоммерческого партнерства «Здоровое будущее» запущена программа «Кабинет онкопсихолога», которая разработана для развития системы оказания психологической помощи онкологическим больным. Такие кабинеты уже работают в нескольких городах и областных центрах страны.

Это очень важная общественная практика, но стране, очевидно, необходимы системные сдвиги по всем параметрам реализации медицинской помощи онкобольным: от организации поликлинического психологического сопровождения пациентов до качественного обеспечения терминальных больных.

Сложившуюся на сегодняшний день практику обеспечения пациентов, страдающих от болевого синдрома, необходимыми обезболивающими препаратами иначе как убийственной не назовешь. 7 февраля 2014 года страну потрясло известие о том, что ветеран-подводник, 66-летний контр-адмирал ВМФ России Вячеслав Апанасенко, страдавший от болевого синдрома, покончил с собой, не дождавшись обезболивающих препаратов.

В России более 3,5 млн онкологических больных, многие из них систематически нуждаются в обезболивании. При этом по его доступности мы занимаем 38-е место из 42 возможных, а срок действия рецепта на обезболивающие препараты составляет 5 дней, в то время как в большинстве европейских государств — не менее двух недель. В таких условиях пациенты и их близкие оказываются один на один с обезличенной бюрократической машиной.

Необходимо признать, что о качественном развитии психоонкологии в стране можно будет говорить лишь тогда, когда в обществе исчезнут проявления «онкофобии», когда онкология не будет рассматриваться как проблема отдельной семьи или системы здравоохранения, когда психологическая и социальная реабилитация переживших и победивших рак людей будет доступна в каждой клинике и диспансере и обеспечиваться она будет не только отдельными группами энтузиастов, а специалистами на институциональном уровне.

Важным шагом в этом направлении является открытие в 2013 году при Центре детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмит-

рия Рогачева первого психологического отделения. Уникальный опыт деятельности специалистов отделения может стать основой для внедрения подобных проектов в масштабах страны.

### **Психологическая деятельность в онкоклинике**

Мы привели здесь данные о некоторых аспектах актуального состояния психоонкологии в нашей стране, очевидные и доступные каждому, кто проявит минимальный интерес к этой проблеме.

Однако существуют вопросы, которые пока только формулируются, феномены, которым еще предстоит найти объяснения, ситуации, которые потребуют решений в первую очередь от представителей психологического и медицинского сообществ. Здесь кажется уместным привести цитату из одной популярной статьи: «В обществе онкофобов нет запроса на психологическую реабилитацию для переживших рак и их семей. В то время как ведущие мировые университеты (Гарвард или, например, университет Пенсильвании) имеют масштабные и хорошо финансируемые заказы по разработке программ психологической, социальной и физиологической реабилитации cancer survivors<sup>4</sup>» [7]. К сожалению, с утверждением автора трудно не согласиться. Собственный опыт практической работы с пациентами онкопрофиля обнаруживает, как наиболее значимую для профессиональной рефлексии, ситуацию «внезапности», которая характеризуется тем, что «психолог, находясь в пространстве соматической клиники, обречен на то, чтобы одновременно ощущать себя и вне ее» [2]. Речь идет, на наш взгляд, о непроявленности границ ответственности психологов и адекватности их участия в лечебном процессе, реализуемом в традициях медицинской модели помощи онкобольным.

С одной стороны, существует множество исследовательских задач, в частности, по выявлению и описанию основных психопатологических симптомов, наиболее характерных для онкологических больных. Среди них наиболее представленными являются тревога, депрессия, астения, ипохондрия, апатия и дисфория [11]. Данные множества исследований свидетельствуют о существовании некоторых отличительных особенностей психических нарушений при онкологических заболеваниях, которые в своем подавляющем большинстве относятся к сфере психогенных реакций [1]. Особое значение имеют исследования болевого синдрома, сопровождающего онкозаболевания в 80 % случаев [6; 8; 13].

Однако на фоне укрепления гуманистических позиций в медицинской практике очевидно, что традиционной роли психиатра-консультанта

---

<sup>4</sup> Человек, победивший рак.

танта недостаточно для удовлетворения специфических и сложных потребностей пациента онкологического профиля. На переднем плане оказываются вопросы взаимосвязи личности и болезни, концепция «качества жизни» [22]. Изучение мотивационно-личностных изменений у онкобольных показывает, что они формируются под воздействием переживания актуального травмирующего опыта в ситуации онкологического заболевания, которая предстает как естественно моделирующая смену иерархии мотивов, сужает пространство возможной активности больного, создает дефицитные условия для развития его личности, изменяет ценностные ориентиры, выявляет противоречия в смысловой системе личности<sup>5</sup>. Особую значимость приобретают исследования способности к адаптации в ситуации онкозаболевания, реализуемые в таких понятиях, как «стили совладания» и «стресс-фактор».

Онкозаболевание само по себе не угрожает личности, но процесс его переживания через формирование смысла болезни будет определять развитие личностного кризиса [5; 9; 15; 19; 21]. Кризисный характер заболеваний данного профиля обуславливает особенности психоэмоционального состояния больных: страх, чувство отчужденности, чувство одиночества, субъективное переживание состояния «потерянности», переживание символической смерти.

Онкобольных вне зависимости от прогноза течения заболевания мучает страх выпасть из своего круга общения. При этом решающим является не количество социальных контактов, а их качество [4]. Пациенты зачастую проявляют разного рода опасения относительно реакции семьи и друзей на их заболевание, высказывают желание скрыть характер заболевания и сопровождающие его переживания от близких и окружения. Отсутствие тяжелых переживаний в какой-либо конкретный момент может обмануть только непрофессионального наблюдателя, а само построение психологической защиты свидетельствует о насущной необходимости избавиться от непереносимого стресса.

На сегодняшний день наряду с исследовательскими актуализируются задачи практического характера, ориентированные на проблемы психолого-социального сопровождения онкобольных на всех этапах лечения и во всех доступных формах — от разового телефонного консуль-

---

<sup>5</sup> Приводятся результаты дипломного исследования Семеновой Е.Г. «Ценностно-смысловые ориентации у пациентов с онкологическими заболеваниями», выполненного на кафедре клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ в 2008 г.

<sup>6</sup> По сравнению с группой здоровых испытуемых по данным адаптированной версии опросника «Социальная поддержка» [10].

тирования до систематической помощи в стационаре. В этой связи возрастает значимость своевременной социальной поддержки и помощи онкобольным, особую актуальность приобретает гуманистически ориентированная психологическая практика.

Перед психологом, осуществляющим свою деятельность в онкологической клинике, встает задача интеграции в ее практику накопленного научкой клинического опыта и особенностей той «предметно-психологической» реальности, которая актуализирована в данном жизненном контексте личности.

И здесь возникает «другая сторона» описываемой реальности, где на передний план выходит специфический канон профессиональной психотерапевтической деятельности, который в случае онкологической клиники реализует себя рядом вопросов: как работать в отсутствие запроса и жалоб от пациента, как работать с запросом врачей и семьи пациента, как оценить эффективность своей деятельности, как интегрировать диагностические данные в программу лечения конкретного пациента.

Практический опыт исследователя в работе с пациентками отделения онкогинекологии позволил нам подтвердить ряд теоретических представлений об особенностях онкологических заболеваний как кризисных жизненных ситуациях, феноменах реагирования и актуальных аспектах переживаний онкобольных, особенностях установления контакта и реализации психотерапевтических отношений, а также оценить собственные профессиональные способности и возможности.

Наиболее значимым из обнаруженных феноменов явилась особая «зазеркальная» форма запроса онкобольных на получение психологической помощи. Так, первые обращения к пациенткам с предложением «пообщаться» с психологом обнаружили отсутствие формального запроса и мотивации к получению психологической помощи. Парадоксальным образом возможность профессиональной деятельности была реализована через запрос самого психолога на оказание помощи в проведении исследования: на такой запрос пациентки откликнулись и проявляли готовность ответить на любые вопросы, зачастую не взирая на физическую слабость или ожидающих в коридоре родных. Стоит отметить, что на момент начала исследования из 40 опрошенных пациенток опыт общения с психологом имели только 2.

Первоначально предполагалось самостоятельное заполнение бланков опросников пациентками отделения. Однако уже в первых случаях были обнаружены сложности в понимании больными инструкций и содержания опросников, что сводило на нет все попытки получить обрат-



ную связь или эмоциональный отклик, не говоря уже о реакции на саму ситуацию тестирования. Надо отметить, что в ходе исследования, выполненного немецкими авторами с использованием методики Шкала экзистенции, в аналогичной ситуации предъявления опросника, от 80 до 90 % розданных бланков были возвращены [20].

В дальнейшем предъявление инструкций и непосредственный опрос осуществлялись самим исследователем. В большинстве случаев общее время встречи ограничивалось 1 часом. Процесс общения с пациентками проходил в два этапа — сначала беседа, имевшая целью установление свободного и продуктивного контакта и формирование мотивации на проведение исследования, затем — опрос испытуемых по методикам исследования. В ряде случаев пациентки обнаруживали необходимость в получении эмоциональной поддержки. По нашей оценке, чаще всего это происходило в случае актуализации глубоких переживаний или в ситуации наличия у пациентки запрещающей установки на их обсуждение со значимыми близкими, при этом причины и мотивация варьировались. Зачастую формулировки вопросов и утверждений в использовавшихся опросниках стимулировали активное обсуждение с психологом вопросов о возможности принятия помощи, темы вины и ответственности, переориентации ценностей в результате столкновения с данностями заболевания, возрастании осознанности жизни на фоне привычного жизненного функционирования.

На каком-то этапе вдруг стало очевидно, что методики как инструменты для сбора информации по исследуемой проблематике выполняют роль катализаторов межличностного взаимодействия между психологом и пациентками, позволяют поднять и актуализировать темы, не проявленные изначально в условиях отсутствия формального запроса со стороны пациенток. Ситуация общения с психологом, будучи безопасной, устраняла необходимость в использовании защит в режиме «здесь-и-сейчас» и создавала условия для более свободного выражения чувств и открытости переживаниям.

В рамках настоящего исследования в процессе межличностного взаимодействия удалось выделить некоторые особенности переживаний и реагирования, характерные для большинства пациенток данной группы:

все пациентки указывают на наличие собственного объяснения причин своего заболевания, однако не все делятся ими;

среди пациенток отмечен только один случай проявленного интереса к результатам исследования, при этом в группе здоровых испытуемых подобная заинтересованность является нормой;

в ситуации актуализации острого эмоционального переживания в процессе интервью пациентки отказываются прервать или прекратить его проведение;

в большинстве случаев наиболее часто у пациенток в процессе общения с психологом актуализируются вопросы неразрешенных межличностных конфликтов, на их фоне — темы вины и ответственности; наряду с этим больные активны в обсуждении вопросов собственной самоценности и ценности здоровья, что позволило обнаружить тенденции к переживаниям малоценности собственной жизни и самообвинениям;

в ситуации онкозаболевания у пациенток данной группы наблюдаются 3 основных тенденции в оценке качества межличностных контактов:

- 1) жалобы и недовольство чрезмерным вниманием со стороны близкого окружения,
- 2) подчеркивание позитивного значения социальной поддержки со стороны семьи и коллег,
- 3) сокращение социальных контактов на фоне демонстрации отсутствия потребности в участии со стороны родных и близких;

около трети из числа опрошенных пациенток сообщают о тенденции скрывать от своих близких, особенно детей и родителей, факт обследования и лечения, мотивируя это нежеланием огорчить или травмировать их. При этом замужние пациентки (21 чел. из 40) характеризуют отношения с супругом как особенно доверительные и поддерживающие;

случаи оказания психологической помощи в предоперационном периоде, в частности, с применением техник релаксации, инициировались врачами, а запрос в общем виде сводился к формулировке: «Сделай что-нибудь, она не спит, плачет. А мне надо, чтобы она выспалась и завтра с утра была спокойна». При этом состояние больных обнаруживало соответствие основным нозологическим формам, характерным для данного периода в течение заболевания (тревога, гипотимия, гипертрофированно-пессимистическая оценка перспектив лечения). Больные жаловались на невозможность расслабиться, заснуть, общую напряженность и эмоциональную истощенность. По выражению одной пациентки, накануне операции ее «мучают мысли, кишат, не отпускают»;

одна пациентка, находящаяся на диагностическом этапе, в процессе беседы обнаружила личностную реакцию на заболевание по типу анозогнозической — активное отбрасывание мыслей о болезни;

тема смерти развернуто обсуждалась только в 2 случаях, при этом одна пациентка из всей группы открыто заявила об имевших место суицидальных намерениях в связи с установленным диагнозом.

### **Особенности интерперсональных отношений пациентов с онкологическими заболеваниями**

В настоящее время под социальной поддержкой понимается удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке и успокоении и т. п.

В качестве наиболее важных для психического здоровья разные авторы выделяют следующие аспекты социальной поддержки.

- 1) Доступность, которая связана с общим ощущением человека, если что-то случится или будет тяжело, есть с кем разделить эти трудности;
- 2) Общая удовлетворенность человека получаемой им поддержкой;
- 3) Реципрокность, или взаимность оказываемой поддержки;
- 4) Частота и регулярность [17; 18].

Авторы опросника социальной поддержки Г. Зоммер и Т. Фюдрих предлагают выделять следующие виды социальной поддержки [17]:

1. Эмоциональная, связанная с переживанием позитивного чувства близости, доверия и общности;
2. Поддержка при решении проблем: возможность обсуждать проблему, получать нужную информацию, ободрение и обратную связь о собственном поведении и переживаниях;
3. Практическая или материальная поддержка: деньги или вещи, помощь в выполнении тяжелой работы или другая практическая помощь, освобождение от нагрузок;
4. Поддержка в форме социальной интеграции: включенности в определенную сеть социальных интеракций, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни;
5. Поддержка в виде стабильности отношений, дающей чувство уверенности в них и чувство доверия [17; 18].

Важным для анализа качества социальной поддержки является такой параметр как *удовлетворенность — неудовлетворенность* ею.

В настоящее время принято говорить о *воспринимаемой социальной поддержке*, которая, собственно, и становится предметом изучения в исследованиях, поскольку наличие методических трудностей делает практически невозможным объективное изучение количества и качества разных видов поддержки. В этом случае единственным возможным источником получения данных становится самоотчет испытуемого о получаемой им поддержке. При этом необходимо учитывать особенности личности испытуемого и явления социальной желательности [17; 18].

Существуют различные предположения и модели для объяснения связи социальной поддержки и повышения ощущения благополучия и улучшения здоровья. При этом акцент делается преимущественно либо

на эмоциональных механизмах, либо на когнитивных, либо на важности интеракций самих по себе:

1. Аддитивная модель абстрагируется от негативных и стрессогенных социальных влияний и рассматривает социальную поддержку как способ удовлетворения базовых потребностей человека в близости и сопринадлежности, наличии определенного места и определенной удовлетворяющей его роли в межперсональных отношениях;

2. Модель шита рассматривает социальную поддержку как защиту от негативных нагрузок, в том числе в социальных контактах, а также как источник помощи в стрессовых ситуациях (представителями данной точки зрения являются Г. Броун, Р. Лазарус, С. Фолкман);

3. С точки зрения А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петровой, социальная поддержка повышает уровень психического здоровья, так как связана помимо прочего с интенсивными и позитивными межличностными контактами, которые позволяют лучше понимать себя и других, а значит косвенно способствуют лучшей саморегуляции и развитию социальных навыков, формированию и поддержанию позитивной картины мира и позитивной самооценки [3; 17; 18].

На заре развития этой проблематики в 70-е гг. прошлого века социальные факторы рассматривались и изучались прежде всего как стрессовые, провокационные, в последние десятилетия все большее внимание стало уделяться прямо противоположному аспекту социальных воздействий — их защитной роли, выражающейся в снижении негативно-го влияния жизненных стрессов и способствующей сохранению психического благополучия личности [18].

В странах Западной Европы холистический подход к лечению больных онкологического профиля стал развиваться в основном после того, как различные группы специалистов и пациентов во всеуслышание заявили о своем недовольстве существующей системой медицинской помощи с приоритетным для нее вниманием к болезни, а не к больному, к страданию телесному, а не душевному. Экзистенциальные и духовные проблемы явили значимое несоответствие между потребностями умирающих пациентов и возможностью оказания им посильной помощи силами специалистов-медиков и психиатров [22].

Отечественные авторы, подчеркивая угрожающий характер онкологических заболеваний, относят их к так называемым «невидимым стрессорам» и приравнивают диагноз «рак» к воздействию радиационной или токсической угрозы. В качестве стрессора при этом выступает общественно принятая информация о том, что болезнь может угрожать жизни, поскольку довольно часто в продромальном периоде больные не регистрируют у себя болевых или иных симптомов заболе-

вания. Отмечается также, что некоторые аспекты лечения онкологических заболеваний могут выступать в качестве событийного стресса — операция, прохождение постоперационной терапии — и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия [14].

В ряде исследований было выявлено, что наиболее подверженными психологическому дистрессу оказываются люди с минимальным уровнем социальной поддержки, а недостаток социальной поддержки является достоверным фактором риска повышенной смертности у онкобольных [24].

Среди основных причин экзистенциального дистресса выделяются переживания одиночества, страха смерти, собственной ничтожности перед ударами судьбы, бесцельность существования и потеря смысла жизни.

Изучение природы экзистенциальных и психических расстройств позволили определить цели и объекты противостояния для психоонкологии, которая на современном этапе своего развития концентрируется на том, чтобы помочь пациентам сохранять качество жизни в ситуации онкозаболевания [19]. Такими объектами становятся свобода и ответственность за принятие жизненно важных решений, одиночество и межличностные отношения, смысл жизни и неотвратимая реальность смерти.

Исследователями было установлено, что наилучшим образом в ситуации онкологического заболевания адаптируются больные, которые верят в собственную способность влиять на процесс развития заболевания, ведут образ жизни, соответствующий хроническому характеру данного вида патологии, и получают эмоциональную поддержку от близких, друзей и специалистов [25].

Как не вспомнить слова К. Роджерса о том, что помогающими могут быть любые межличностные отношения, в которых, по крайней мере, одна из сторон нацелена на «способствование другой стороне в личностном росте, лучшей жизнедеятельности, умении ладить с другими людьми» [12].

На сегодняшний день существуют различные определения понятия «социальная поддержка». В рамках приводимого исследования мы определили социальную поддержку как степень, в которой удовлетворяется личная потребность в интеракциях с другими [3], поскольку, на наш взгляд, такое понимание наиболее точно отражает специфику социальной поддержки онкологических больных.

Речь идет прежде всего об отсутствии традиционных для психологической помощи формальных запросов со стороны пациентов данного профиля. Мы уже указывали, что онкологическое заболевание является одним из наиболее сильных стрессов, какие только могут существовать

в жизни человека. При этом часть больных внешне как будто не переживают этого состояния, легко принимая разного рода варианты диагноза и выстраивая четкую психологическую защиту: от переоценивания позитивной информации и игнорирования тревожной до псевдодеменции в самых крайних случаях [16].

Понятно, что никакие лекарственные средства и психотерапевтические приемы не в состоянии полностью освободить больного от мыслей, обусловленных характером его заболевания, избавить его от страхов и мучительных переживаний, но они могут помочь больному человеку убедиться в его способности «быть» с этими страхами, получить новый, порой неожиданный взгляд на свои переживания, сместить акцент с поглощенности болезнью на объективизацию отношения к ней, выработать действенную систему психологической защиты и способов адаптации к новым условиям существования.

Явления *стигматизации* в контексте онкозаболеваний связаны, в первую очередь, с тем, что диагноз «рак» среди обывателей традиционно носит характер фатального заболевания.

На фоне общей подавленности больные, многие из которых прежде никогда не обращались к так называемым серьезным проблемам морально-философского плана, начинают задумываться над вопросами, зачем живет человек, в чем смысл жизни, что такое гармония в природе, что такое тайна мироздания и т. п., повышенным вниманием пользуется и религиозная тематика.

Исследователями отмечается тот факт, что клинические особенности психогенных реакций у онкологических больных обнаруживают широкую вариабельность как по степени интенсивности переживаний, так и по симптоматике. Это обстоятельство связано с этапностью заболевания. Экзистенциальный страх на начальных этапах заболевания, связанный с диагностическими данными и тревожными ожиданиями промежуточных результатов, позже превращается в панический ужас перед очередными или дополнительными процедурами лечения. Если больной какое-то время остается предоставленным самому себе и не является объектом постоянного внимания, это способствует подчас резкому ухудшению его психического состояния, утяжелению степени психогении. Как отмечают немецкие исследователи, «пациенты, которые не находили поддержки со стороны своих врачей, сообщали в два раза чаще об ужасных страхах и депрессивных состояниях в первые два года после постановки диагноза» [4].

Переживания, связанные с ощущением одиночества, изолированности и непонимания, побуждают больных к поискам новых и расширению существующих контактов с медицинскими работниками. Доволь-

но часты заявления типа: «Только белые халаты меня успокаивают, среди них я себя не чувствую лишним, как среди здоровых», «Врачи мне стали ближе, чем семья, где я чужой», «Врачи не смотрят на меня как на живого покойника». Этим, в частности, и объясняется то обстоятельство, что в беседах с больными иногда удавалось выяснить такие особенности их переживаний, о которых ближайшие родственники и не подозревают.

Подобная позиция онкологических больных подчеркивает их потенциальную субъективную потребность в социальной поддержке и объективную возможность участия психологов в ее оказании.

Опираясь на многолетний опыт работы с онкологическими больными, немецкие ученые Г. Каппауф и В.М. Галльмайер констатируют следующее. «Болезнь заостряет понимание того, какие связи и виды деятельности в собственной жизни действительно имеют серьезное значение. Диагноз «рак» — всегда какой-то важный момент в жизни, иногда — поворотный пункт к более интенсивному ощущению жизни, но никогда не конечный пункт, откуда существуют поддерживающие связи с другими людьми» [4].

В рамках реализации задач исследования изучались особенности психотравмирующего характера онкозаболеваний и специфики мотивационных изменений у пациенток отделения онкогинекологии. Нам удалось выделить некоторые особенности интерперсональных отношений онкобольных:

решающим для них является не количество социальных контактов, а их качество;

у пациенток в ситуации онкозаболевания изменяется оценка себя и своего места в социальной среде, наблюдается сужение основного круга интерперсональных отношений;

новой ориентацией больного на сохранение витального существования обуславливается тенденция к изоляции, отчужденности, замкнутости, которые реализуют себя в обеднении социальных контактов, избегании общения, а высокая интрапсихическая активность вызывает потребность уходить от повседневности в мир внутренних переживаний.

Результаты исследования показали, что пациентки данной группы обнаруживают низкий показатель удовлетворенности социальной поддержкой на фоне высоких показателей эмоциональной, инструментальной поддержки и социальной интеграции. Полученный результат может свидетельствовать в пользу наличия дефицита позитивных межличностных контактов у пациенток данного профиля. Однако в этой связи возникает вопрос об осознанности пациентками предполагаемо-

го дефицита на фоне высоких показателей по другим параметрам социальной поддержки.

Эти и другие вопросы лишь подчеркивают значимость изучения особенностей воспринимаемой социальной поддержки пациентов онкологического профиля и адекватной оценки показателей удовлетворенности этой категории соматических больных существующими социальными контактами.

На современном этапе развития медицинской модели оказания помощи соматическим больным особую актуальность приобретает гуманистически ориентированная практика деятельности психолога в клинике соматических заболеваний, поскольку она способна удовлетворить всем перечисленным выше моделям и критериям социальной поддержки. В данном контексте особую важность приобретают способность самого психолога выходить в рефлексивную позицию в процессе планирования и осуществления профессиональной деятельности в клинике онкологических заболеваний, поиск соответствия ее направленности и содержания реальным запросам и потребностям пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В.* Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных [Электронный ресурс] // Журнал клинической психоонкологии. 2002. № 3. С. 20. URL: <http://www.blood.ru/jcpo/jcpo-n3.html>
2. *Бусыгина Н.П.* Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // МПЖ. 2000. № 1. С. 77—100.
3. *Ефремова Е.С.* Психологические факторы социальной поддержки при тревожных и депрессивных расстройствах / Дипломная работа, выполненная на кафедре клинической психологии ф-та ПК, МГППУ, 2003.
4. *Каппауф Г., Галльмайер В.М.* Во всем виноват Гиппократ / М.: Изд-во Эксмо, 2002. 416 с.
5. *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании / Киев: София, 2001. 320 с.
6. *Лендорфф П.* Хроническая боль / Пер. с англ. СПб., 1998.
7. *Лосева Н.* Страшнее рака [Электронный ресурс] // Интернет-газета «Московские новости». 2014. № 664. URL: <http://www.mn.ru/columns/20120402/314756840.html>
8. *Моховиков А.Н.* Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальттерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2003. № 4. С. 104—127.
9. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. 166 с.
10. Опросник «Социальная поддержка — F-SOZU-22» / Разработан Г. Зюммером, Т. Фюдриком / Пер. с нем. А.Б. Холмогоровой / Апроб. в лаборатории



- клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии Росздрава. 2007. 20 с.
11. Реабилитация онкологического больного / Под ред. Н. П. Напалкова. Л.: Ленинград, 1979. С. 62—63, 72—73.
  12. *Роджерс К.Р.* Характерные черты помогающего поведения // Метод беседы в психологии / Под ред. А.М. Айламазяна. М.: Смысл, 1999.
  13. *Самофал А., Самара О.* Психическая и физическая боль у больных раком молочной // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. Журнал восточно-европейской ассоциации экзистенциальной терапии. Вып. 2/2005 /7. С. 118—124.
  14. *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: интегративный подход: диссертация. [Место защиты: ГОУВПО «Российский государственный педагогический университет»]. Санкт-Петербург, 2008. 356 с.
  15. *Тхостов А.Ш., Степанович Д.А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы онкологии. 1986. № 3. С. 128—134.
  16. *Тхостов А.Ш., Лактионова А.И.* Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопросы онкологии. 1990. Т. 36. № 2. С. 215—220.
  17. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А.* Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 15—23.
  18. *Холмогорова А.Б., Петрова Г.А.* Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра // Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава. 2007. М. 24 с.
  19. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия / М.: Независимая фирма «Класс», 2005. 576 с.
  20. *Eiter H., Langle A., Steinert K.* Personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten Ergebnisse einer empirischen Pilotstudie zur existentiellen Situation von Patienten während einer strahlentherapeutischen Behandlung [Электронный ресурс] // Psychologische medizin. 2008. № 3. Pp. 4—10. URL: <http://www.webaholics.at/userfile/doc/Eiter-publ.pdf>
  21. *Moors R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness // Coping with physical illness / ed. by Moors R.H. N.Y.; London, 1979.
  22. *Montgomery C.* Psychiatric Psycho-oncology: a coming of age? [Электронный ресурс] // Bulletin The Royal College of Psychiatrists. 1999. № 23. Pp. 431—435. URL: [www.rak.by](http://www.rak.by)
  23. *Langle, A.M.D., Ph.D., C. Orgler, M.A., Ph.D., M. Kundi, Ph.D., M. Habil.* Austrian Society for Logotherapy and Existential Analysis, Vienna\*Institute of Environmental Health, Medical Faculty, University of Vienna / Перевод с нем. Г. Похмелькиной, О Ларченко. 2003.
  24. *Levin T., Kissane W.D.* Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) [Электронный ресурс] // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б. Смулевича. Том 02. № 3. 2007. URL: [http://www.con-med.ru/magazines/psikhicheskie\\_rasstroystva\\_v\\_obshchey\\_meditstine/216116/216091/](http://www.con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditstine/216116/216091/)

25. Royak R. Psychological processes in breast cancer. A review of selected research // Psychosoc. Oncol. 1991. Vol. 9. № 4. P. 71—89.

## TO THE PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO CANCER PATIENTS

*E.G. YAROVAYA*

This article analyses the urgent issues of psychological and social assistance to cancer patients and attempts to reflect on practical and research activity of psychologists working in a cancer clinic. The key peculiarities of interpersonal relations and social support of cancer patients are scrutinized. Having worked in the gynecological diseases combined methods treatment clinical department of the Federal State Russian Scientific Centre of X-ray and Radiology of Russian Ministry of Health, the author describes specific features of emotional experiences and reactions typical for the patients with malignant tumors.

**Keywords:** psycho-oncology, onco-phobia, social support, interpersonal relations, crisis life situation, psychological distress.

1. *Bazhin E.F., Gnezdilov A.V.* Psikhofarmakologicheskie i psikhokorreksionnye aspekty reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh. Zhurnal Klinicheskoi Psikhonkologii. 2002. № 3. P. 20. Available at: <http://www.blood.ru/jcpo/jcpo-n3.html>
2. *Busygina N.P.* Psikhologicheskaia pomoshch' onkologicheskim bol'nym v svete kholisticheskoi modeli bolezni. MPZh. 2000. № 1. Pp. 77—100.
3. *Efremova E.S.* Psikhologicheskie faktory sotsial'noi podderzhki pri trevoznykh i depressivnykh rasstroistvakh / Diplomnaia rabota, vypolnennaia na kafedre klinicheskoi psikhologii f-ta PK, MGPPU, 2003.
4. *Kappauf G., Gall'maier V.M.* Vo vsem vinovat Gippokrat / Moscow: Izd-vo Eksmo, 2002. 416 p.
5. *Kiubler-Ross E.* O smerti i umiranii / Kiev: Sofiia, 2001. 320 p.
6. *Lendorff P.* Khronicheskaiia bol' / Per. s angl. St. Petersburg, 1998.
7. *Loseva N.* Strashnee raka. Internet-gazeta "Moskovskie novosti". 2014. № 664. Available at: <http://www.mn.ru/columns/20120402/314756840.html>
8. *Mokhovikov A.N.* Psikhicheskaiia bol': priroda, diagnostika i printsipy geshtal't-terapii. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2003. № 4. Pp. 104—127.
9. *Nikolaeva V.V.* Vliianie khronicheskoi bolezni na psikhiku / Moscow: MGU, 1987. 166 p.
10. Oprosnik "Sotsial'naia podderzhka — F-SOZU-22" / Razrabotan G. Ziummerom, T. Fiudrikom / Per. s nem. A.B. Kholmogorovoi / Aprob. v laboratorii klinicheskoi psikhologii i psikhoterapii MNII psikhiatrii Roszdrava. 2007. 20 p.
11. Reabilitatsiia onkologicheskogo bol'nogo / Pod red. N. P. Napalkova. L.: Lenuprizdat, 1979. Pp. 62—63, 72—73.

12. *Rodzhers K.R.* Kharakternye cherty pomogaiushchego povedeniia // Metod besedy v psikhologii / Pod red. A.M. Ailamaziana. Moscow: Smysl, 1999.
13. *Samofal A., Samara O.* Psikhicheskaia i fizicheskaia bol' u bol'nykh rakom molochnoi. Ekzistentsial'naia traditsiia: filosofiia, psikhologiiia, psikhoterapiia. Zhurnal vostochno-evropeiskoi assotsiatsii ekzistentsial'noi terapii. Vol. 2/2005 /7. Pp. 118—124.
14. *Tarabrina N.V.* Psikhologiiia posttravmaticheskogo stressa: integrativnyi podkhod: dissertatsiia. [Mesto zashchity: GOUVPO "Rossiiskii gosudarstvennyi pedagogicheskii universitet"]. St. Petersburg, 2008. 356 p.
15. *Tkhostov A. Sh. Stepanovich D.A.* Vliianie krizisnoi zhiznennoi situatsii na strukturu samoosenseni .Voprosy onkologii. 1986. № 3. Pp. 128—134.
16. *Tkhostov A.Sh., Laktionova A.I.* Psikhologicheskie aspekty vosstanovitel'nogo lecheniia bol'nykh, operirovannykh po povodu raka zheludka // Voprosy onkologii. 1990. T. 36. № 2. Pp. 215—220.
17. *Kholmogorova A.B., Garanian N.G., Petrova G.A.* Sotsial'naia podderzhka kak predmet nauchnogo izucheniia i ee narusheniia u bol'nykh s rasstroistvami affektivnogo spectra. Sotsial'naia i klinicheskaia psikhiiatriia. 2003. № 2. Pp. 15—23.
18. *Kholmogorova A.B., Petrova G.A.* Metody diagnostiki sotsial'noi podderzhki pri rasstroistvakh affektivnogo spectra. Meditsinskaia tekhnologiiia. MNII psikhiiatrii Roszdrava. 2007. Moscow. 24 p.
19. *Ialom I.* Ekzistentsial'naia psikhoterapiia / M.: Nezavisimaia firma "Klass", 2005. 576 p.
20. *Eiter H., Langle A., Steinert K.* Personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten Ergebnisse einer empirischen Pilotstudie zur existentiellen Situation von Patienten waehrend einer strahlentherapeutischen Behandlung [Электронный ресурс] // Psychologische medizin. 2008. № 3. Pp. 4—10. URL: <http://www.webaholics.at/userfile/doc/Eiter-publ.pdf>
21. *Moors R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness // Coping with physical illness / ed. by Moors R.H. N.Y.; London, 1979.
22. *Montgomery C.* Psychiatric Psycho-oncology: a coming of age? [Электронный ресурс] // Bulletin The Royal College of Psychiatrists. 1999. № 23. Pp. 431—435. URL: [www.rak.by](http://www.rak.by)
23. *Langle, A.M.D., Ph.D., C. Orgler, M.A., Ph.D., M. Kundi, Ph.D., M. Habil.* Austrian Society for Logotherapy and Existential Analysis, Vienna\*Institute of Environmental Health, Medical Faculty, University of Vienna / Перевод с нем. Г. Похмелькиной, О Ларченко. 2003.
24. *Levin T., Kissane W.D.* Психонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) [Электронный ресурс] // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б. Смулевича. Том 02. № 3. 2007. URL: [http://www.con-med.ru/magazines/psikhicheskie\\_rasstroystva\\_v\\_obshchey\\_meditsine/216116/216091/](http://www.con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine/216116/216091/)
25. *Royak R.* Psychological processes in breast cancer. A review of celected research // Psychosoc. Oncol. 1991. Vol. 9. № 4. P. 71—89.