



Артюхова И. Ю., Бойко Е. В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

для специалистов, оказывающих
психологическую поддержку онкобольным,
в том числе для кураторов групп самопомощи

Методическое пособие разработано при финансовой поддержке Фонда президентских грантов в рамках реализации проекта «Вдохновение жить»

Об авторах

АРТЮХОВА И.Ю. — психолог, арт-терапевт, телесно-ориентированный терапевт, заместитель председателя правления, руководитель направления социальных проектов РОО «Служба спасения» (г. СПб). Психологический стаж с 1999 года: психологическое консультирование, психотерапия (психологическая модель) взрослых, семей, детей; ведение психотерапевтических групп и арт-терапевтических тренингов; работа с различными категориями граждан, в т. ч. в кризисных и предкризисных состояниях, с переживающими посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР); работа по подготовке и психологическому сопровождению медицинских волонтеров. Автор собственных арт-терапевтических и телесно-ориентированных техник по работе с людьми, переживающими трагические события, кризисные состояния, ПТСР и нуждающиеся в реабилитации.

БОЙКО Е.В. — клинический психолог, гештальт-терапевт, директор АНО «Семейный центр «Вереск» (г. Петрозаводск). Психологический стаж в сфере здравоохранения с 2005 года: психологическое консультирование, психотерапия (психологическая модель) взрослых, семей, детей, имеющих различные соматические (в т. ч. инкурабельные) заболевания; ведение психотерапевтических групп; работа с кризисными и предкризисными состояниями; работа с пограничными и психосоматическими расстройствами; эмоциональными нарушениями; работа по подготовке и психологическому сопровождению медицинских волонтеров и пр.

Методические материалы разработаны для специалистов, оказывающих поддержку онкобольным на всех этапах лечебно-диагностического и реабилитационного процессов. К таким специалистам могут быть отнесены психологи, социальные работники, арт-терапевты, специалисты по телесно-ориентированной и танцевально-двигательной терапии, сотрудники благотворительных фондов/организаций и добровольцы благотворительных фондов/организаций, прошедшие специальную подготовку. Материалы могут быть полезны для онкологов и врачей других специальностей, которые работают с онкобольными. Некоторые рекомендации также могут быть полезны пациентам с онкопатологией и их близким.

Материалы составлены на основе трехлетнего опыта оказания социально-психологической поддержки и проведения мероприятий, содействующих психологической реабилитации пациентов с онкологическим диагнозом в рамках проектов Фонда им. Арины Тубис «Сильные духом» и «Вдохновение жить» (2016–2017 гг.), реализованных на средства Фонда Президентских грантов. За это время более 150 участников проектов из числа онкобольных получил психологическую поддержку, из них более 80 прошли полный курс групповых психологических тренингов и индивидуальную терапию. Накоплен большой опыт оказания внестанционной психологической и иной поддержки онкобольных.

В материалах рассматриваются виды поддержки онкобольным, описывается, силами каких специалистов можно оказывать поддержку на разных этапах лечения и реабилитации, с учетом основных психологических состояний и социально-психологических потребностей онкобольных.

Надеемся, что наш опыт покажет, насколько большой спектр методов и техник может быть задействован в процессе психологической поддержки пациентов с онкологическим диагнозом.

На протяжении нескольких лет Благотворительный фонд им. Арины Тубис реализует программы, направленные на развитие и распространение на территории Республики Карелия эффективной системы социальной и психологической реабилитации людей с онкологическим диагнозом.

Когда человеку устанавливается диагноз онкологического заболевания, на протяжении всего лечебно-диагностического процесса он сталкивается с разными трудностями, переживаниями, эмоциями. Изменяется его социальная активность, могут измениться отношения с близкими и друзьями. То, как человек справляется с возникшими изменениями, определяет характер всего процесса лечения и последующей реабилитации.

Многим людям, столкнувшимся с онкологией, необходима помощь и поддержка не только близких и друзей, но и специалистов.

В Карелии немного специалистов, которые могут оказать квалифицированную помощь онкобольным, и потребности людей, нуждающихся в такой помощи, удовлетворяются не полностью. Понимание этого привело к необходимости разработки реабилитационной программы, которая может быть оказана вне лечебного учреждения.

Данные методические материалы, как результат плодотворного сотрудничества фонда с опытными и высококвалифицированными специалистами, позволят читателю понять собственные возможности в поддержке людей, которые переживают непростой период своей жизни. Надеюсь, что теперь в Карелии специалистов, готовых оказать социально-психологическую помощь онкобольным, станет больше!

*Тубис Юлия Юрьевна,
Президент благотворительного фонда им. Арины Тубис,*

сентябрь 2018 г.

.....

ВВЕДЕНИЕ

.....

Особенностью постановки диагноза онкологического заболевания является то, что диагноз устанавливается на всю жизнь — диспансерное наблюдение становится пожизненным для людей, у которых диагностирована онкопатология. Эта особенность формирует группу людей со схожими социально-психологическими характеристиками и потребностями, одновременно эта группа достаточно обширна и разнородна по своему половозрастному составу. Вопросы психологической поддержки, психологической реабилитации и социально-психологического сопровождения людей с онкологическим диагнозом как отдельной группы требуют специальных методов, техник и теоретических взглядов на личностные реакции и изменения пациентов с онкологическим диагнозом, в связи с постановкой диагноза, особенностями самого лечебно-диагностического процесса и дальнейшим диспансерным наблюдением. Личностные реакции и изменения могут рассматриваться как схожие с реакциями на постановку диагноза и лечение других тяжелых заболеваний, но имеют особенность, связанную с риском, даже после выхода пациента в ремиссию, выявления рецидива заболевания и началом всего лечебно-диагностического процесса заново. По нашему мнению, внестационарная (за пределами лечебного учреждения) и внедиспансерная (вне рамок стандартов диспансерного наблюдения) психологическая поддержка и реабилитация, особенно на этапах диспансерного, послеоперационного лечения и в период ремиссии, помогают пациентам с онкологическим диагнозом наиболее полно преодолевать состояние отчужденности и социальной стигматизации.

В предлагаемом варианте психологического сопровождения онкобольных постановка онкологического диагноза рассматривается как ненормативный кризис, затрагивающий всю социально-психологическую, в том числе экзистенциональную реальность человека. Такой кризис часто ставит перед личностью задачи пересмотра и изменения не только социально-бытовых условий существования, планов на будущее, отношений с ближайшим окружением, но и задачи переосмысления всей своей жизни, поиска новых личностно значимых целей, ставит вопросы отношения к своей болезни, к жизни и смерти. Оказать помощь в этой ситуации могут не только психологи, но и социальные работники, сотрудники и добровольцы благотворительных организаций, прошедшие специальную подготовку. Методическое пособие не затрагивает вопросы оказания психологической помощи при

рецидиве и установлении у пациента паллиативного статуса, так как данные направления, на наш взгляд, имеют много специфических профессиональных особенностей, требуют более широкой специальной профессиональной подготовки и не могут быть описаны в ограниченных рамках данных методических материалов.

Для избегания путаницы в данных методических рекомендациях онкобольных мы будем обозначать словом «пациент», вне зависимости от контекста, и того, кто оказывает помощь (для психолога во время консультации это «клиент», а для ведущих групп самопомощи «равный»).

.....

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТАПА ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

.....

Общие задачи психологической поддержки

Человек при постановке онкологического диагноза и в процессе лечебно-диагностических мероприятий попадает в ситуацию, когда под угрозой находится его потребность БЫТЬ, СУЩЕСТВОВАТЬ, ЖИТЬ, мощнейшим образом затрагивается человеческая экзистенция конечности (смерти). Это обостряет ситуацию смыслового значения жизни вообще и ставит перед человеком необходимость ответить на вопросы: «Зачем? Для чего это все?». При этом другие люди не имеющие подобного диагноза, по мнению пациента, не поставлены так явно перед экзистенцией конечности (смерти), в связи с чем обостряется субъективное чувство одиночества. Заболевание может восприниматься как пришедшее извне, как наказание или урок, что влечет за собой утрату ощущения контроля над собственной жизнью или гипертрофированное чувство личной ответственности за факт болезни. Проявляются тревога и страх перед неизвестной ситуацией как исхода лечения, так и его последствий, не только для самого пациента, но и для его социального окружения.

Тревога, часто непереносимая, является основным фоном и для всей жизнедеятельности пациентов с онкодиагнозом. Она трансформируется на разных этапах лечебно-диагностического процесса и может являться основной жалобой.

Указанные аспекты, проживание факта заболевания как ненормативного кризиса, обусловленного столкновением с экзистенцией конечности жизни, влияют на формулировку цели и задач психологической поддержки.

Цель можно сформулировать так:

Восстановление или содействие формированию способности к максимально возможному уровню благоприятного психологического и социального функционирования с учетом изменившихся, в связи с заболеванием, условий существования, то есть преодоление ненормативного кризиса.

Исходя из этого, общие задачи психологической поддержки и психологической реабилитации могут быть сформулированы следующим образом:

- Принятие заболевания как одной из (!) составляющих всего поля жизнедеятельности человека
- Нормализация эмоционального и чувственного опыта, получаемого в процессе постановки диагноза и прохождения лечения
- Снижение уровня тревоги, содействие формированию индивидуальных психологических механизмов совладания с тревогой
- Приобретение и развитие новых форм поведения и реагирования, новых способов взаимодействия с другими, путем поиска и использования собственных ресурсов и ресурсов среды
- Поиск адекватных способов реагирования на заболевание, повышение активной позиции пациента по отношению к лечебному процессу
- Содействие в составлении и реализации планов и перспектив на будущее, несмотря на заболевание, но с учетом его или его последствий

Экзистенция — человеческое «Я», которое означает, что человек созидает сам себя не по заранее заданному плану, а самостоятельно, в своем собственном внутреннем мире. Заболевание может снимать психологический барьер, защищающий от необходимости размышлять о личном смысле, себе и отношении к миру.

Кризис — поворотный период в жизни, требующий от человека, для возвращения к нормальному функционированию, адаптации к изменившимся условиям, использованию ресурсов, изменение своего отношения и поведения в ответ на меняющуюся реальность.

Нормативные кризисы — относятся к нормативным процессам, необходимым для нормального, поступательного хода личностного развития (возрастные); разворачивания этапов развития систем (групп, семьи).

Ненормативные кризисы — детерминированы извне и связаны с возникновением в жизни человека внезапных и значительных, в том числе травмирующих событий, к которым относится и диагностирование тяжелого, инвалидизирующего заболевания. Кризис требует перестройки всех сфер жизнедеятельности человека и систем его функционирования: смыслов; планов; переоценки межличностных, в т. ч. и семейных отношений.

Этап постановки диагноза и выбора методов лечения

Особенности этапа

Период постановки диагноза и выбора методов лечения может быть достаточно длительным и составлять несколько месяцев. За это время пациент проходит множество диагностических процедур, от простых до очень сложных и, порой, болезненных, посещает разных врачей-специалистов. Впервые человек в полной мере сталкивается с большим спектром новых, интенсивных, разноплановых лечебно-диагностических процедур и мероприятий.

Основные состояния и потребности

Шоковые состояния, тревога, страх, потерянности, состояние частичной когнитивной дезорганизации. Ощущение собственной беспомощности, некомпетентности для принятия решения о выборе места и методов лечения. Часто встают вопросы, как и что рассказать родственникам и окружению о диагнозе. Свое состояние повышенной тревоги пациенты часто воспринимают как ненормальное, испытывают стыд за диагноз и свою реакцию на него, вину перед близкими за болезнь.

Пациент нуждается в поддержке, информации, поиске ресурсов, в том числе материальных.

Специалисты и их действия

Основными задачами психологической поддержки являются: помощь в переводе состояния тревоги в готовность к действию, содействие лучшему функционированию диады «врач-пациент», повышение готовности пациента к исполнению медицинских рекомендаций, долгосрочной терапии, корректировка представлений об онкологических заболеваниях как о неизлечимых.

На наш взгляд, главное лицо в жизни пациента на этапе диагностики, выбора лечения и проведения первых неотложных лечебных мероприятий — это врач, и задача всех специалистов, оказывающих поддержку пациенту, содействовать наиболее полному и продуктивному взаимодействию пациента с врачом!

Специалист-психолог может использовать весь спектр возможностей кризисного консультирования для облегчения переживаний пациента, снятия и/или изменения состояний, препятствующих началу лечения. Важно снизить интенсивность переживаний и «тоннельного видения». Возможно составление с пациентом плана действий на ближайшее будущее и списка имеющихся на данный момент ресурсов, в том числе внешних ресурсов поддержки (кто, как и чем может ока-

зять помощь, поддержку). Список может содержать перечень того, что пациент может сделать сам, а что могут сделать другие. Данный метод в работе будет способствовать повышению у пациента ощущения возможности влиять на ситуацию.

На этапе диагностики и начала лечения важно помогать пациенту формировать реальное представление о заболевании, его локализации, форме; содействовать пациенту в принятии решений о прояснении диагноза, методов и последствий лечения. Это позволит начать формировать адекватную внутреннюю картину болезни и избежать впоследствии гипер- и/или гипонозогнозий.

Прояснение и подготовка на этапе принятия решения о методах лечения может значительно снизить интенсивность страхов пациента перед телесными, психологическими и социальными последствиями лечения. Например: изменения внешности, потеря волос при химиотерапии, изменение веса при гормональной терапии, изменение отношений с супругом после мастэктомии, стыд и страх быть отвергнутым после колостомии.

Часто свои эмоциональные состояния и реакции пациенты, которым поставили онкологический диагноз, воспринимают как противоречивые, необычные, неприемлемые. Задача специалиста состоит в нормализации восприятия пациентом своих переживаний — прояснение состояния пациента как нормального для такой ситуации («бояться — это нормально», «люди, которым поставили диагноз, часто плачут», «многие пациенты боятся идти к врачу» и т.д.). Нормализация реакций помогает пациенту не чувствовать себя единственным носителем таких состояний.

Количество консультаций может зависеть от индивидуальной ситуации, но очень важно, чтобы пациент имел информацию, что он может получать психологическую помощь и далее, может рассчитывать на специалиста в течение следующих этапов лечения. На этапе постановки диагноза и начала лечения мы бы рекомендовали индивидуальные психологические консультации или индивидуальные встречи с ведущими групп самопомощи, так как психоэмоциональное напряжение, испытываемое пациентом, не позволит в полной мере выдерживать групповую психологическую работу. Более того, погруженность пациента на этих этапах в личные переживания и подверженность в этом состоянии влиянию других пациентов может сыграть негативную роль для процесса лечения.

Специалисты фондов могут оказывать информационную поддержку, в том числе по получению необходимых документов для проведения

лечения; предоставлять контакты медицинских учреждений, информировать о программах поддержки, в том числе материальных, включать пациентов в такие программы, оказывать юридическую помощь.

Добровольцы, из числа пациентов с онкодиагнозом, получившие специальную подготовку; ведущие групп самопомощи могут оказывать информационную поддержку, физическую помощь, поддержку личным опытом. Поддержка личным опытом особенно способствует пониманию пациентом того, что он не единственный, кто столкнулся с подобной ситуацией и испытывает те или иные эмоции, он не одинок в связи с заболеванием и может рассчитывать на ВЗАИМОпонимание.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — это все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Специалисты выделяют различные типы ВКБ.

Этап проведения лечебных мероприятий

Особенности этапа

Сложность и продолжительность лечения определяются пространенностью процесса, локализацией и характером опухоли. Продолжительность может составлять год и более. Данный этап насыщен болезненными и сложными медицинскими процедурами и мероприятиями, требующими длительного восстановления: оперативные вмешательства разной сложности, курсы химиотерапии, лучевая терапия, подбор гормональной и заместительной терапии, медицинские процедуры контроля за эффективностью лечения. В этот период диагноз может уточняться, могут измениться некоторые его аспекты, становятся более понятны возможности течения и исхода заболевания.

Основные состояния и потребности

Тревога; страх; обида; вина; эмоциональная расторможенность, лабильность или скупость; в общем психологическом состоянии доминируют тревога и сниженный эмоциональный фон; может сохраняться со-

стояние частичной когнитивной дезорганизации; боль, дискомфорт, специфические эмоциональные и физические переживания, связанные с приемом лекарств и проводимым лечением; обеднение мотивационной сферы, ее сужение до потребностей лечения и физического выживания; могут присутствовать как недооценка значимости заболевания (или полное его отрицание), так и «уход в болезнь», вплоть до манипуляции своим заболеванием для извлечения выгоды; переживания, связанные с изменениями в процессе лечения внешности или систем жизнеобеспечения; нарушения социального взаимодействия, семейных отношений; центрированность на сугубо личных переживаниях; могут проявляться страхи, связанные с предстоящей инвалидизацией; начинают проявляться психологические состояния, связанные с ненормативным кризисом, выражающиеся, например, в таких вопросах: «Кем я теперь буду?», «Что дальше делать, зачем и как жить с этими изменениями?».

Пациент нуждается в поддержке; принятии; информации о своих состояниях; коррекции неадекватных ВКБ, расширении социальных взаимодействий, нормализации и прояснении своих эмоциональных состояний; поиске новых форм межличностного взаимодействия.

Специалисты и их действия

На этом этапе **психологами** может использоваться как индивидуальная, так и групповая психологическая работа. При необходимости может начинаться семейное консультирование. Рекомендуемые методы: кризисное консультирование, арт-терапия и телесно-ориентированная терапия во всех доступных для физического состояния пациента формах, элементы экзистенциональной, гештальт-терапии, юнгианской аналитической терапии и др. Группа пациентов может быть смешанной и состоять из проходящих лечение и пациентов в ремиссии. При использовании методов арт-терапии мы предлагаем плавно переходить от диссоциированного взаимодействия с проблемно-нагруженным собственным психологическим материалом (арт-терапевтическими продуктами) и схожим психологическим материалом других участниц группы (при групповой арт-терапевтической работе) к постепенному внесению прямого личностного смысла в процессе анализа арт-терапевтического материала и прямого эмоциональному взаимодействию с внутриличностным пространством. На наш взгляд, при возможности место проведения психологических консультаций и групповой психологической работы должно находиться не в стационаре или онкодиспансере. Это позволит пациентам начать процесс ресоциализации, приобретения новых форм поведения и реагирования, расценить болезнь как только часть своей жизни.

На этапе лечения необходимо начинать составлять план, обозначать цели психологической и медицинской реабилитации с опорой на активацию личностных ресурсов, намечать модели возможного будущего пациента. То есть активно работать с мотивационной сферой, помогать искать новые для пациента личностные смыслы.

Этап лечения подразумевает еще большую необходимость пациента быть сосредоточенным на процессе лечения, но уже достаточно часто на первый план, особенно при выходе пациента на этап диспансерного наблюдения, выходят социально-психологические проблемы, вызванные заболеванием или обострившиеся под его воздействием. На этом этапе важно начинать помогать пациенту отличать психологическую проблематику, вызванную непосредственно с лечением (например аплазии в процессе химеотерапии), от переживаний, связанных непосредственно с онкодиагнозом и изменениями в жизни пациента в связи с заболеванием в целом.

Отдельно можно отметить работу с эмоционально-психологическими состояниями, связанными с проводимым лечением, к которым можно отнести следующие:

- Возможное развитие тревожно-депрессивного синдрома перед оперативным вмешательством или болезненными процедурами, который характеризуются тревогой, связанной с возможностью летального исхода во время операции или процедуры, страхом необратимых телесных изменений вследствие операции. Оперативные вмешательства, связанные с онкопатологией молочной железы и женской мочеполовой системы, тесным образом связаны со страхами утери детородной функции, страхом «перестать быть женщиной», распадом семьи или отношений. Основными направлениями работы являются прояснение хода операции, возможно прояснение рисуночным образом предстоящей процедуры или оперативного вмешательства; прояснение и конкретизация тревоги; обсуждение возможных вариантов последующей реконструктивной косметологии.
- Состояния при прохождении курсов химиотерапии, связанные с выраженностью симптомов токсического действия противораковых лекарственных препаратов. Перед проведением процедуры лучше подробно обсудить ВОЗМОЖНЫЕ соматические и психологические переживания пациента, в том числе неизбежные изменения внешнего вида. Проговорить, как это происходит, что может произойти, подготовить пациента к возможным послед-

ствиям на физиологическом и физическом уровнях (анемия, аллергические реакции, кожные высыпания и зуд, выпадение волос, изменения вкуса, координации). Объяснить возможные проявления полинейропатии, состояние общей слабости и повышенной утомляемости, снижение полового влечения или его отсутствие. Проговорить изменения трудового графика на время прохождения и после курса химиотерапии, если пациент работает. Обсудить кто и каким образом из окружения сможет оказывать помощь и поддержку. В задачи психологического сопровождения также может быть включено поддержание мотивации пациента к соблюдению диеты и режима, для облегчения состояний в процессе и после химиотерапии.

- Рекомендации по психологическому сопровождению состояния, связанного с гормональной, заместительной и лучевой терапией, во многом повторяют рекомендации для химиотерапии. Включают дополнительные элементы, связанные с беспокойством пациента изменением веса, перепадами настроения, изменениями состояния кожных покровов, возможным наступлением временной или постоянной менопаузы у женщин при гормональной терапии. Дополнительные усилия специалиста направлены на принятие телесных изменений, продуктивное использование элементов имиджтерапии, создание нового образа.

Одной из важнейших задач специалиста остается содействие лечебному процессу, в том числе профилактика гипер- и гипонозогнозий, поддержание адекватных вариантов ВКБ, в частности, через побуждение пациента принимать активное участие в лечении, получать и воспринимать информацию о заболевании, его течении. Частым запросом при обращении к психологу на этом этапе выступают проблемы, связанные с отношением пациента и врача. Пациенты могут быть обижены, злы на лечащего врача или медицинский персонал, могут испытывать смешанные и противоречивые чувства («боюсь и хочу поговорить», «ненавижу и уважаю»). После завершения шокового состояния, связанного с постановкой диагноза, на этапе лечения можно более активно содействовать выражению пациентом своих эмоций и состояний, в том числе негативных, в процессе консультирования. Обязательным будет являться когнитивное завершение выражения эмоции, то есть вместе с пациентом прояснять, каковы могут быть формы, место и последствия выражения эмоций и состояний вне стен психологического кабинета или комнаты для групповых занятий.

Также пациенты могут испытывать негативные и смешанные чувства к ближайшему окружению и семье. Выражение и прояснение таких чувств во время консультирования скорее должно приводить к прояснению потребности, лежащей в основе таких переживаний, и поиску приемлемого способа ее удовлетворения («я не хочу, чтобы мама приезжала, я злюсь на нее, она плачет тихонько от меня, я хочу обнять ее и поплакать вместе, я хочу, чтобы она меня покачала» «я обижена на мужа, он ничего не делает для меня, я не говорю, что мне надо, я хочу чтобы он пригласил меня в кино и подарил цветы, как раньше»). Часто для пациента важно, чтобы специалист прояснил, что могут чувствовать его близкие, какие страхи, сомнения могут испытывать члены семьи. Из-за частичной когнитивной дезорганизации, эмоциональной суженности и вызванных болезнью элементов эгоцентризма (или присущих преморбидно индивидуально-личностных особенностей) у пациентов часто затруднено, уплощено или искажено представление о мотивах, потребностях, эмоциональных состояниях других людей.

Пациенты, проходящие лечение, часто не могут выносить сложные или интенсивные эмоциональные состояния, как свои, так и окружающих. При групповых психологических занятиях на этом этапе уже можно применять техники, служащие росту толерантности к выражению и проявлению собственных и чужих чувств. Экзистенция конечности проявляется в невозможности показывать эмоции через представление пациента, что, начавшись, эмоция либо приведет в смерти/концу, либо никогда не закончится («если он заплачет при мне, то я умру», «я просто рассыплюсь, если покажу, что я виновата», «если я начну плакать, то никогда не остановлюсь», «если я сейчас буду смеяться, то сойду с ума»). Групповые занятия помогают понимать, что эмоции переходят друг в друга, слезы могут закончиться облегчением. Рост толерантности к проявлению эмоций может служить показанием к возможности перехода к использованию техник прямого межличностного психотерапевтического взаимодействия участников группы.

Специалисты фондов могут продолжать оказывать информационную поддержку, в том числе о возможных состояниях при прохождении лечения; предоставлять контакты медицинских учреждений, информировать о программах поддержки, в том числе материальных, включать пациентов в такие программы.

Добровольцы, из числа пациентов с онкодиагнозом, получившие специальную подготовку; ведущие групп самопомощи могут продолжать работу по моральной и эмоциональной поддержке, обмену личным опытом прохождения лечебных мероприятий, принятия

диагноза, адаптации к болезни; заниматься оказанием, при потребности, социально-бытовой помощи; привлекать пациентов к общим культурно-досуговым мероприятиям.

Уже на этапе лечения эффективно привлечение специалистов танцевально-двигательной терапии (по согласованию с врачом), музыкальной терапии, всех вариантов терапии искусством и других видов терапевтического воздействия, ставящего своей целью не только психокоррекцию, но и получение положительных эмоций в процессе занятий. Это способствует профилактике негативных психосоматических состояний и не позволяет пациенту полностью замыкаться в кругу болезни и её лечения.

Таким образом, уже на этапе лечения начинается процесс преодоления заболевания как ненормативного кризиса. При помощи специалистов можно корректировать многие тревожные состояния, связанные с ситуацией неизвестности и новизны психических и соматических изменений, проводить работу по нормализации эмоционального опыта, поддержанию адекватного, адаптивного восприятия болезни.

Этап ремиссии и диспансерного наблюдения

Особенности этапа

Как уже было отмечено, постановка онкологического диагноза предусматривает пожизненное диспансерное наблюдение у онколога. Диспансерное наблюдение включает проведение периодических обследований, направленных на оценку состояния опухолевого процесса, профилактику рецидивов, контроль за общим состоянием здоровья, проводимой гормональной и заместительной терапией, восстановление после химио- и лучевой терапии.

Основные состояния и потребности

Тревога, в том числе связанная с возможным рецидивом; страх своей смерти и тревога за состояние близких; проживание чувства горя, связанное с утратой физических возможностей или потерей возможности продолжать профессиональную деятельность при инвалидизации; страх вести максимально возможный физически активный образ жизни, страх движений, стеснение за изменившиеся возможности тела; негативные переживания, связанные с изменением социального, в том числе материального, статуса; часто случаются обострения внутрисемейных проблем, решение которых было отложено на период лечения или они возникли в связи с заболеванием, его лечением или инвалидизацией;

негативные переживания, связанные с изменением семейных ролей и характера отношений, возникших в процессе постановки диагноза и лечения; чувства стыда и неловкости после проведенного оперативного вмешательства, организация телесности вокруг травмированной или «некрасивой» части тела; состояние отчужденности, непонимания своего состояния; ощущение обладания «уникальным опытом» и возникающее в связи с этим чувство превосходства над другими; обострение преморбидно присущих личностных особенностей; недовольство окружением, в том числе связанное с прекращением повышенного внимания, оказывавшегося в процессе лечения; обострение чувства обиды на близких и зависть к их здоровью и физическим возможностям; состояния опустошения, потери смысла, вызванные окончанием периода интенсивного эмоционального напряжения, характерного для периода лечения; страх и тревога, связанные с невозможностью выстроить новые жизненные планы и утрей старых планов в связи с заболеванием; гипернозогнозии – «уход в болезнь», поиск новых симптомов и болезненных состояний; гипонозогнозии — придание заниженного значения заболеванию, невыполнение рекомендаций врача, несоблюдение рекомендованных планов реабилитации, обращение к сомнительным практикам лечения или поиск собственных способов излечения; анозогнозия — полное отрицание заболевания, отказ от диспансеризации; искаженные или неполные представления о перенесенном лечении, связанные с этим тревога и страх прояснять ситуацию; невозможность осмыслить полученный эмоционально-чувственный опыт в процессе диагностики и лечения; страх делиться своими переживаниями из опасения быть непонятым, отвергнутым; негативные переживания, связанные с утратой или снижением полового влечения.

Потребности пациента лежат в области социального принятия, поиске новых способов взаимодействия с социальным окружением и внутренней психической реальностью. Становится актуальным поиск новых смыслов и составление планов на жизнь. Одной из самых тяжелых задач становится совладание с чувством тревоги и страхом рецидива заболевания.

Специалисты и их действия

В процессе психологической поддержки **психолог** продолжает решать задачу мотивации пациента на продолжение восстановительного лечения и выполнение медицинских рекомендаций, помогает пациенту принимать адекватную медицинскую информацию о своем состоянии и проведенном лечении. Основные направления работы включают психокоррекцию негативных состояний, помощь пациенту в поиске форм и способов удовлетворения актуальных потребностей, оказание содей-

ствия в апробации новых способов поведения, составлению реалистичных жизненных планов несмотря, но с учетом заболевания. Специалист может активно использовать личный опыт пациента по преодолению кризисных, в том числе опыт прохождения нормативных кризисных состояний, для совместного с пациентом моделирования планов.

Рекомендуемые методы: кризисное консультирование, арт-терапия и телесно-ориентированная терапия во всех доступных для физического состояния пациента формах, элементы экзистенциональной, гештальт-терапии, юнгианской аналитической терапии, драма и сказкотерапия, имиджтерапия.

Возможные варианты групповой психологической работы представлены в разделе описания программы психологической реабилитации.

Специалисты фондов могут продолжать оказывать информационную поддержку, привлекать пациентов к культурно-массовым мероприятиям, помогать в поиске новых форм профессиональной реализации; предоставлять контакты реабилитационных учреждений, информировать о программах поддержки, в том числе социально-психологической, включать пациентов в такие программы.

Добровольцы, из числа пациентов с онкодиагнозом, получившие специальную подготовку; ведущие групп самопомощи. На этапе окончания лечения и переходе пациента в состояние ремиссии наиболее полно может быть реализованы возможности групп самопомощи. Для обеспечения эффективной работы ведущие групп самопомощи должны пройти специальную подготовку и иметь соответствующую мотивацию. Так, в процессе подготовки ведущих групп самопомощи в рамках проекта «Вдохновение жить» участницы пришли к пониманию, что группа самопомощи это:

- НЕ дружба
- НЕ лечение (назначение лечения)
- НЕ руководство
- НЕ наставничество
- НЕ коммерция
- НЕ обязанность
- НЕ конфронтация

Группа самопомощи — это группа людей, столкнувшихся с онкодиагнозом, объединившихся добровольно с определенной целью и с публично объявленными и ясными правилами. Основные принципы функционирования: конфиденциальность, регулярность, доброжелательность.

Группа — относительно свободное объединение людей (самоорганизация, не принадлежащая какой-либо организации или структуре).

Встречи групп — очные. Группы не работают под руководством профессиональных помощников. Эксперты (врачи, психологи) привлекаются по желанию участников группы применительно к отдельным проблемам.

Группа служит целям: эмоциональной, моральной и информационной (исходя из личного опыта лечения онкозаболевания) поддержки участников.

Группа равных опираясь на личный опыт (в т.ч. психотерапии), высокую мотивацию и личные умения участников группы решает следующие задачи:

- Отсутствие достаточной информации о заболевании, растерянность пациента в связи с этим
- Внешняя социальная изоляция (от общества, от близких)
- Внутренняя изоляция пациента (от своих внутренних состояний, переживаний)
- Изменение самовосприятия в связи с удалением органов, особенно для женщин
- Нарушения в семейных отношениях
- Отрицание психологической помощи

Возможные формы работы группы самопомощи:

- Группы поддержки
- Организация совместного досуга
- Индивидуальная работа с ведущим группы самопомощи или участником группы

В процессе участия в группе самопомощи участники группы:

- оказывают взаимную поддержку при преодолении трудностей
- получают новые знания в свете личной проблемной ситуации
- находят способы обращения со своей проблемой
- избавляются от состояния социальной изоляции и существующих страхов
- занимаются активной совместной деятельностью
- находят новый смысл жизни и перспективы
- поддерживают друг друга в борьбе за свои права

Группа равных (взаимопомощь/самопомощь) — социальная группа, члены которой имеют общие интересы, сходное социальное положение, представляют собой более или менее формальные организации непрофессионалов, преследующих общую цель ради достижения блага для каждого члена группы.

Группа самопомощи для онкобольных — члены этой группы объединены наличием онкологического заболевания.

.....

**МОДЕЛЬ ПРОГРАММЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОБОЛЬНЫХ**

.....

**Групповые встречи и индивидуальные
психологические консультации**

Программа психологической реабилитации опирается на положения экзистенциальной, кризисной и медицинской психологии.

Для работы в программе психологической поддержки пациентов с онкологическим диагнозом привлекались не только психологи, но и преподаватель изобразительных искусств, преподаватель по вокалу, преподаватель по актерскому мастерству, специалист по ароматерапии, фотографы, педагог по танцам.

Задачи, решаемые дополнительно привлеченными специалистами

Задачи, решаемые в процессе проведения занятий изотерапией:

- Создание условий посредством использования определенных типов художественных материалов (мастихин; широкие кисти-флейц; плотные, не растекающиеся акриловые и гуашевые краски; большой формат бумажной основы) для снижения психоэмоционального и физического напряжения, в том числе за счет более широких, усиленных штрихов и приемов работы мастихином с приложением усилия
- Поддержка творческих форм самовыражения, поиск новых видов эмоциональной экспрессии
- Повышение самооценки и самоценности участниц группы
- Создание условий для группового взаимодействия посредством художественных форм

Задачи решаемые в процессе работы с преподавателем по вокалу:

- Создать условия для снижения напряжения, тревоги перед вокальным исполнением, зажатости голоса. Проведение дыхательной гимнастики и разминки
- Создание условий для снятия телесных зажимов в диафрагмальной зоне
- Стимулирование преодоления стеснительности в том числе перед возможной критикой и самокритикой, преодоление страха слышать свой голос. Дать участницам возможность слушать свой голос в разных тональностях, используя разные тембры
- Создание общего положительного эмоционального поля и положительной самооценки за счет хорового одновременного пения

Сплочение группы. Признание ценности различных форм предъявления себя другим

- Эмоциональная подготовка участниц к дальнейшим встречам по вокалотерапии, в ходе которых планируется расширение вокальных форм самовыражения

Задачи совместной работы психологов и фотографов:

- Создать условия для более полного восприятия участницами себя как активных участников изобразительного процесса
- Позволить исследовать фотографический портрет и изображение эмоционально нагруженного образа, созданного в процессе изотерапии, как «авторски» связанных
- Создать условия для принятия сложных чувств, эмоций, осознания ценности всего спектра внутриличностных переживаний
- Создать условия для повышения самооценки и стимулирование творческого самовыражения

Задачи, решаемые в процессе работы с преподавателем по актерскому мастерству:

- Расширение поведенческого репертуара
- Формирование и поддержка саногенных состояний
- Получение положительного опыта от группового взаимодействия
- Снятие телесного напряжения
- Расширение поведенческого репертуара

Психологическая помощь

Основной особенностью психологической помощи в рамках проекта явилось сочетание групповой психологической работы и индивидуального консультирования. Два психолога работали согласованно, дополняя и расширяя свои возможности. Такое сочетание позволяет выявлять острые проблемы пациентов во время групповой работы и сохраняя интимно-личностную сферу пациента, продолжать работу с проблематикой на индивидуальной встрече, проводить сквозные индивидуальные психотерапевтические и психокоррекционные линии через групповые встречи и индивидуальные консультации. Трехлетняя практика подтвердила эффективность такого варианта работы. В процессе индивидуальных консультаций и групповой работы использовались методы и техники арт-терапии, телесно-ориентированной, музыкальной терапии, гештальт-терапии, юнгианской аналитической терапии, драма- и имидж-терапии.

Возможные направления индивидуальной психологической работы

Отношения с самим собой в связи с наличием заболевания:

- трудности в принятии диагноза, трудности в понимании лечебно-диагностического процесса, высокая (неадаптивная) тревога в связи с заболеванием, страх смерти, ощущение безысходности, невозможности преодоления болезни, концентрация на неудачах в лечении, преодоление боли и других тягостных телесных ощущений, трудности в восприятии телесных изменений после оперативного лечения, трудности в идентификации эмоций, в их описании и т.п.

– Отношения с другими и к другим (чаще всего с близкими — мужем, детьми, родителями, реже с врачами) в связи с наличием заболевания:

- отчуждение от близких и друзей, ощущение одиночества, невозможность говорить о своих переживаниях с другими, недопонимания со стороны врача, непреодолимые трудности в отношениях с врачом)

– Нарушения и проблемы в сфере сексуальных проблем (сексуальные дисфункции).

– Отношения с другими и к другим без связи с заболеванием.

– Темы, состояния, эмоции, чувства, расцениваемые пациентом как социально неприемлемые.

– Взаимоотношения с другими участницами группы.

– Совпадение ненормативного и нормативных кризисов в жизни пациента (совпадение личностного нормативного, например, возрастного кризиса и заболевания; совпадение нормативного семейного кризиса и заболевания у члена семьи; совпадение нормативного возрастного кризиса у члена семьи, например: подростковый возраст у ребенка и заболевание у родителя и т.п.).

Групповые психологические занятия

Принцип построения последовательности групповых психологических занятий основываются на постепенном нарастании стимулирования внутригруппового взаимодействия: от диссоциированного взаимодействия с проблемно-нагруженным собственным психологическим материалом и схожим психологическим материалом других участников проекта в первых тренингах, до прямого межличностного взаимодействия, в том числе в процессе терапевтической драматизации в последних.

Большинство техник, использованных в групповой работе, могут быть использованы в индивидуальном консультировании.

Результатом участия в программе психологической реабилитации для пациентов стали:

- более реалистическое представление о заболевании и его влиянии на жизнь
- повышение активности участниц в отношении расширенных возможностей преодоления заболевания и его последствий
- нормализация эмоционального и чувственного опыта участниц, более полноценное осознание и более полное принятие этой сферы жизнедеятельности
- составление и реализация участницами проекта планов и перспектив на будущее несмотря, но с учетом заболевания или его последствий
- осознание возможностей использования внешних ресурсов для преодоления заболевания и его последствий, повышение мотивации участниц к принятию поддержки извне (от близких, родственников, других участниц)

Описание групповых психологических занятий

ЗАНЯТИЕ 1. «Справиться с тревогой»

Цели и задачи занятия:

1. Знакомство участников проекта. Выявление ожиданий. Первичная диагностика.

2. Принятие групповых правил конфиденциальности и уважительного отношения, содействие снятию напряжения и внутригрупповой тревоги, применение техник, способствующих созданию доверительной атмосферы.

3. Выявление общих, схожих зон напряжения участниц тренинга. Создание общего семантического поля для проявления зон и параметров индивидуально личностного напряжения. Принятие заболевания, диагноза как только одной из составляющих всего поля жизнедеятельности человека. Начало процесса выявления и различения тревоги, скрытых чувств, связанных непосредственно с заболеванием и следующих в процессе лечения изменений в жизни от тревоги, чувств, способа взаимодействия с миром, связанных с особенностями личности участниц программы.

4. Выявление и создание условий для признания наличия «негативных» чувств, как источника напряжения и тревоги. Выявление способов избегания и начало формирования новых способов выхода таких чувств. Создание возможности переносить проявление таких чувств у себя и других. Признание ценности таких чувств.

5. Создание условий для признания общности проблематики участниц и возможности увидеть за схожей симптоматикой различие субъективных переживаний. Поиск индивидуальных и схожих путей выхода из кризисного состояния. Поиск:

- а) личных и внеличных ресурсов;
- б) начало определения индивидуального пути преодоления.

6. Создание предпосылок для организации среды взаимопомощи и взаимоподдержки, с целью преодоления отчуждения.

Для достижения целей и решения задач занятия использовалась авторская методика (И. Артюхова), включающая:

— информационный блок с описанием возможных психологических трудностей и психологических особенностей у онкобольных, поиском схожести и различий у участниц проекта;

— создание совместно с ведущим коллективного семантического поля, включающего в себя заболевание, диагноз и различные стороны жизнедеятельности пациентов (создание текста).

— индивидуальную работу, направленную на придание индивидуального смысла компонентам и понятиям. Создание семантического поля (создание текста и рисунков).

— групповую работу, направленную на создание коллажа из полученного материала, с целью проявления смыслового поля.

- индивидуальную работу на коллаже.

ЗАНЯТИЕ 2. «Глиняное чудо или как создать себя новую»

Цели и задачи занятия:

1. Создание эмоционально принимающей среды, эмпатии и взаимного принятия, снятие телесного напряжения. Мягкое преодоление психологических защит.

2. Используя пластические материалы и техники визуальной невербальной экспрессии, обозначить и дать выход скрытым эмоциональным процессам.

3. С помощью ведущего и ассоциации участниц создать новые «углы восприятия», новые точки зрения и новые смысловые значения. Дать названия эмоциональным и поведенческим процессам, которые воспринимаются участницами как новые, ранее неизвестные, подавляемые.

4. Расширить поведенческий и эмоциональный репертуар за счет включения ранее отвергаемого или отрицаемого и создать платформу для новых способов коммуникации и развития произвольности.

5. Регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния, освобождение от нервно-психического напряжения.

6. Моделирование путей развития эмоционального процесса с опорой на доступные ресурсы (внутренние и внешние).

Для достижения целей и решения задач занятия использовалась авторская методика (И. Артюхова), включающая:

– информационный блок, позволяющий ввести участниц в метафорическую среду, прояснить метафоры сосуда и глины, ознакомить с материалами. Создание условий для мягкого преодоления психологических защит и «цензуры сознания»;

– выбор материала участницами, приготовление глины для работы;

– создание сосуда;

– представление сосуда в группе, получение обратной связи от ведущего и ассоциаций других участниц.

Вторая часть работы с материалом: рассмотрение значимых, новых, неизвестных деталей (рисунок, лепка, аппликация).

Принятие и придание новых смыслов.

ЗАНЯТИЕ 3. Использование методов телесно-ориентированной терапии (ТОТ)

Цели и задачи занятия:

1. Введение понятия болезни, ее телесного и психологического проживания, ее эмоциональных последствий как кризисного состояния. Описание кризисов (нормативных и ненормативных). Описание телесных и эмоциональных переживаний на разных этапах кризисных состояний.

2. Введение понятия тела как материального отражения психических процессов. Пояснение чередования телесного напряжения и расслабления как возможности наиболее полно проживать эмоциональные состояния.

3. Освоение техник телесного контакта, обучение элементарным навыкам самопомощи, релаксации.

4. Знакомство со своим и чужим телом через телесный контакт с другим человеком. Принятие телесных изменений, связанных с заболеванием, как переносимых для демонстрации и предъявления себе и другим.

5. Создание условий для выявления, признания и выражения «скрытых» эмоций через телесные проявления.

6. Работа с целостностью телесного самовосприятия, осознание телесных границ.

7. Получение участницами положительного опыта от прикосновений (работа с преобладающим восприятием тела, как источника только болезненных, неприятных и/или стыдных переживаний. Работа с воспоминаниями и телесными последствиями процедур медицинского характера, носящих болезненный характер. Работа со страхами, свя-

занными с прикосновением к другому и к себе, как с последствием переживания «периода отчуждения», связанного с экзистенциальным значением онкологического диагноза).

8. Осознание через процедуры телесно-ориентированной терапии важности, ценности и личностных значений субъективных телесных ощущений, их взаимосвязи с значимыми эмоциями. Поиск участницами приемлемых способов выражения телесных переживаний.

Для достижения целей и решения задач занятия использовалась авторская интерпретация методов и техник ТОТ (И. Артюхова), включающая:

— информационный блок, посвященный описанию нормативных и ненормативных кризисных состояний, значению телесного напряжения в кризисных состояниях, нормализации телесного опыта, полученного участницами проекта во время прохождения лечения;

— основную часть, включающую постепенное погружение участниц тренинга в опыт телесных переживаний (начиная от простого переживания «направленного взгляда» к опыту процедур группового телесного взаимодействия и театру прикосновений»);

— обучение техникам ТОТ релаксации, которые участницы могут использовать в обыденной жизни;

— заключительный этап, посвященный приданию индивидуальному смыслу, полученного опыта и поиску новых способов телесного выражения эмоции и других переживаний.

ЗАНЯТИЕ 4. Интегративная музыкальная терапия с элементами арт-терапии и драма терапии «Ритмы колыбельных — ритмы жизни» (пассивная музыкальная терапия) Проводится совместно с вокалистом

Цели и задачи занятия:

1. Через прослушивание колыбельных получение доступа к ранним и более поздним детским воспоминаниям для создания атмосферы принятия и безопасности, для осмысления и предъявления опыта.

2. Создание условий для осмысления вариантов разрешения кризисного состояния, связанного с заболеванием, через опору на имеющийся опыт прохождения различных нормативных и ненормативных кризисов. Поиск новых смыслов и перспектив личностного развития.

3. Создание условий для безопасного столкновения с экзистенциальными данностями и их осмыслением.

4. Создание условий для творческого выражения индивидуальных и групповых сценариев и возможности их трансформации.

5. Эмоциональная и общепсихологическая подготовка к завершению проекта, наведение перспективных направлений после окончания проекта.

6. Осознание личностных ресурсов, опыта и индивидуальных возможностей как базы для создания новых поведенческих стереотипов и сценариев. Получение опыта группового взаимодействия в драматическом действии для осознания значений и смыслов коммуникаций, проведение параллелей с личным опытом.

7. Получение положительно опыта спонтанного реагирования через групповое драматическое действие.

8. Закрепление полученного нового психологического опыта, как в данном тренинге, так и в проекте вообще.

Для достижения целей и решения задач занятия использовался авторский набор процедур (И. Артюхова), включающий:

- основу занятия составляли специально подобранные колыбельные песни, отражающие период онтогенеза человека и основные нормативные кризисные состояния;

- прослушивание колыбельных, сопровождающееся созданием серии индивидуальных визуальных образов;

- групповое обсуждение; обмен опытом и воспоминаниями для создания поддерживающей групповой динамики; приближение к обсуждению экзистенциальных задач;

- создание базы общего опыта через составления мифов и историй на основе визуальных образов;

- разыгрывание драматического действия по мотивам созданных мифов и историй, для проявления сценариев;

- придание индивидуальных смыслов и возможных путей личностного развития, проявление личностных позиций и вариантов их изменения через групповое обсуждение.

ЗАНЯТИЕ 5. «Вдох и выдох»

Телесно-ориентированный занятие, направленное на улучшение дыхательной функции, повышение качества и увеличение возможностей телесного взаимодействия участников группы, диагностику и изменение групповой динамики.

Занятие используется в пролонгированной программе психологической поддержки, участники группы для проведения тренинга должны быть достаточно знакомы друг с другом.

Содержание данного тренинга, проходившего в рамках проекта, было скорректировано с учетом актуальной групповой ситуации —

в группе были участницы с возможным метастазированием в легких и недавно перенесенным пневмотораксом, что исключало применение полного спектра дыхательных телесно-ориентированных техник, связанных со снятием напряжения с респираторных мышц. Задача по работе с облегчением дыхания и снятием грудного зажима решалась косвенными, диссоциированными и контактными телесно-ориентированными и арт-терапевтическими техниками.

Цели и задачи занятия:

1. Выявление актуальной групповой ситуации и преобладающего эмоционального группового состояния. Снятие групповой тревоги, связанной с диагнозами и эмоционально-физическим состоянием участниц с ухудшением течения онкозаболевания.

2. Обращение внимание участниц на процесс дыхания, стимуляция механизмов автокоррекции субъективных состояний.

3. Создание условий для обращения внимания участниц на соматические переживания в отдельных частях тела, введение метафоричного и реального образа частей тела.

4. Снятие напряжения, связанного с демонстрацией телесных проявлений и прохождением процесса телесной коммуникации.

5. Расширение репертуара телесных реакции и возможностей для телесного взаимодействия.

6. Создание условий, через проведение специальных упражнений, для проживания сложного спектра эмоциональных переживаний, связанных прямо или метафорично с прикосновениями. Обращение внимания участниц на протекание респираторного цикла, сопровождающего процесс проживания и взаимодействия.

7. Стимуляция и корректировка группового взаимодействия, создание групповой формы взаимодействия, наиболее отвечающей потребностям участниц и их свободным телесным, в том числе дыхательным, проявлениям.

Этапы групповой работы:

1. Эмоциональное отреагирование актуальной групповой ситуации.

2. Групповое упражнение, направленное на концентрацию внимания на респираторном цикле, на подготовку к работе с телесной метафорой.

3. Создание участницами отпечатков рук, представление их метафор, обращение внимания на руки как на «агент» взаимодействия.

Парное взаимодействие: через прикосновение рук с метафоричными рисунками, прикосновение руками друг к другу, исследование дыхания в момент соприкосновения рук и обмен, полученным опытом.

4. Групповое обсуждение.

5. Создание отпечатков-следов ног, представление их метафоры. Обращение внимания на ноги как на метафору движения-перемещения и опоры. Исследование в групповом упражнении способов движения и связанных с ними паттернов дыхания.

6. Апробирование нетипичного способа взаимодействия ступнями ног. Исследование метафоры «другой человек — моя опора».

7. Групповое обсуждение.

8. Создание групповой метафоричной скульптуры-фигуры, поиск формы/фигуры, позволяющей участницам чувствовать себя наиболее безопасно и свободно.

ЗАНЯТИЕ 6. «Когда я была девочкой...»

Занятие рассчитано на продолжение групповой работы с уже сформированной группой участниц и служит решению задач укрепления механизмов саморегуляции.

Цели и задачи занятия:

1. Создание и стимулирование атмосферы групповой поддержки.

2. Стимулирование межгруппового взаимодействия, повышение степени принятия различных эмоциональных состояний у себя и других.

3. Выявление актуальных потребностей и поиск форм их удовлетворения

4. Изучения способов формирования, личностных и исторических особенностей и восстановление механизмов базового доверия к миру через укрепление механизмов самопомощи и принятия других, через механизм доверия к себе и окружающим.

5. Мотивирование и формирование позитивного отношения и/или отношения принятия к пережитому опыту, в том числе травмирующему.

6. Стимулирование развития адаптивных механизмов и механизмов осознанного отношения к событиям через поддержку различной способности, создание препятствий для формирования и/или укрепления «мифологического сознания».

7. Исследование ошибок атрибуции и стимуляция критического к ним отношения. Мягкое преодоление психологических защит и поиск новых способов взаимодействия.

Для достижения целей и решения задач занятия использовался авторский (И. Артюхова) набор систематизированных авторских арт-терапевтических процедур.

Первый блок.

Мягкое погружение в выбранный возрастной период детства. Определение ведущего эмоционального состояния. Создание с позиции себя актуально-взрослой из специально подготовленных арт-терапевтических материалов предмета (подарок, игрушка) для себя в выбранном возрасте или себя в всплывающей в воспоминании ситуации. Групповая терапевтическая работа на основе созданных предметов как метафор, отражающих неудовлетворенную потребность.

Второй блок.

Терапевтическое рукотворное ткачество. Создание групповых работ, метафорически отражающих актуальные представления о мире. Терапевтические процедуры ознакомления и проживания взаимодействия с созданными работами и с созданными игрушками.

Завершающая авторская арт-терапевтическая процедура «Принятие послания».

ЗАНЯТИЕ 7. «Секреты сундуков» – занятие с элементами имидж-терапии

Занятие рассчитано на продолжение групповой работы с уже сформированной группой участниц, направленное на формирование целостного образа Я, формирование и поддержку саногенных состояний.

Цели и задачи тренинга

1. Исследование естественной «геометрии» и представления о формах собственного тела.
2. Оказать содействие формированию аутентичного, внутренне принимаемого образа телесного Я.
3. Содействие формированию цельного, реалистичного образа тела, за счет включения в изображение отчуждаемых, нежелательных к упоминанию участков и частей тела, в том числе зон после оперативного вмешательства (например, мастэктомии).
4. Объективация внутренних переживаний, связанных с переживанием по поводу изменившихся в процессе течения и лечения заболевания форм, размеров, габаритов тела и потерей частей тела после оперативного вмешательства.
5. Создание терапевтических условий и принимающей атмосферы для преодоления переживания чувства стыда, скованности и стеснения, связанных с изменившимся в течение заболевания телом.
6. Создание условий для проявления позитивной Я-концепции.
7. Поиск новых поведенческих ресурсов.

8. Создание и закрепление саногенных состояний.

9. Исследование форм и выбор новых возможных форм самопрезентации.

Для достижения целей и задач занятия использовался набор систематизированных авторских арт-терапевтических процедур (И. Артюхова).

Первый блок.

Создание контурного трафарета тела реального размера. Работа в парах. Предполагает терапевтическое стимулирование максимально реалистично отображения реальных объемов тела. Прорисовка автопортрета. Представление получившейся работы группе.

Второй блок.

Создание из тканей костюма, соответствующего полученному автопортрету. Представление созданного образа группе. Групповое обсуждение.

ЗАНЯТИЕ, направленное на групповое взаимодействие

Проведение занятия было обусловлено логикой групповой динамики и актуальностью, возникшей в процессе реализации проекта.

Актуальность тренинга была обоснована необходимостью корректировки групповой динамики и создания предпосылок для улучшения коммуникативного взаимодействия между участниками проекта из числа онкобольных.

Цели и задачи занятия:

1. Способствовать процессу принятия участницами, имеющими опыт групповой тренинговой работы новых членов тренинговых групп.

2. Снятие групповой тревоги и страха у участников перед новыми контактами.

3. Снятие напряжения, возникающего при необходимости вступать в коммуникативное взаимодействие, работа с ригидностью поведенческих и когнитивных стереотипов.

4. Приведение спонтанно возникающих в процессе реализации проекта групп к состоянию «открытая система».

5. Стимулирование и увеличение количества участников, готовых принимать в совместных мероприятиях, в том числе подготовка к участию в работе групп самопомощи после реализации проекта.

6. Создание условий для принятия новой информации, новых людей без шаблонов и клише, стимулирование готовности к взаимодействию.

7. Посредством упражнений показать разнообразие форм, которые может принимать группа людей; в безопасной тренинговой ситуации показать ценность каждого участника, стимулировать поиск своего уникального места в процессе групповой динамики. Способствовать снятию и преодолению групповых проекций как механизму, мешающему дальнейшей успешной работе проекта.

8. Создать предпосылки формирования более гибкого способа поведения посредством арт-терапевтических групповых упражнений.

Используемые методы и техники (авторская интерпретация И. Артюховой).

Занятие состоит из двух частей:

Первая часть — авторская интерпретация арт-терапевтической техники «Создать свою страну».

Вторая часть — вариант построения групповой фигуры через метафору «Группа, как дом».

В течение первой половины тренинга участницы работали в двух группах (участницы, имеющие большой опыт групповой психологической работы, и участницы, имеющие небольшой опыт). В первой части участницы получили возможность в метафоричной форме рассказать о своих групповых правилах и нормах, дать выход тревоге и страху перед групповыми изменениями и новыми членами группы, познакомиться с новыми для себя участницами, увидеть их без стереотипов.

Во второй части работа проводилась в одной большой группе (27 человек). Участницы получили опыт не только признания ценности вклада в групповую динамику каждого человека, но и опыт непосредственного взаимодействия с новыми людьми.

Артюхова Ирина Юрьевна
г. Санкт-Петербург
aruna_ai@bk.ru

Бойко Екатерина Вячеславовна
Республика Карелия, г. Петрозаводск
boikatia@mail.ru

Артюхова И. Ю., Бойко Е. В.
МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
для специалистов,
оказывающих психологическую поддержку онкобольным,
в том числе для кураторов групп самопомощи

Формат 60×84^{1/16}. Печать офсетная. Усл. печ. л. 1,86.
Тираж 300 экз. Зак. № 383.
Отпечатано в ООО «Версо».
185031, г. Петрозаводск, наб. Варкауса, 1 а.