



ФНЦ ОНКОЛОГИИ
ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА
Минздрава России

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

2025
г. Санкт-Петербург



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ
ИМЕНИ Н.Н. ПЕТРОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНЫ


Ученым советом
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.
Петрова» Минздрава России
Протокол от 18.07.2025 № 7
Заместитель директора

 С.С. Багненко

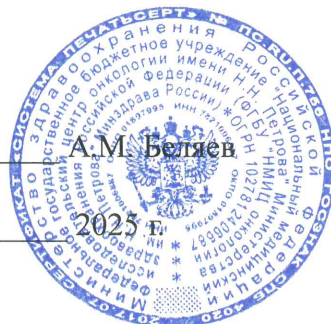
« 17 » ноября 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.
Петрова» Минздрава России



« 17 » ноября 2025 г.



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ
В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

УДК 616-006-009.7:159.9(07)
ББК 55.6я7

Организация-разработчик: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители: Вагайцева М.В., Лупарева О.В., Кондратьева К.О., Джалилова А.А., Бортникова Е.Г., Лучанинова О.Е., Семиглазова Т.Ю., Комаров Ю.И., Беляев А.М.

Методические рекомендации по оказанию психологической помощи онкологическим пациентам в период госпитализации / Методические рекомендации. – Вагайцева М.В., Лупарева О.В., Кондратьева К.О., Джалилова А.А., Бортникова Е.Г., Лучанинова О.Е., Семиглазова Т.Ю., Комаров Ю.И., Беляев А.М. – Санкт-Петербург. – 2025. – 102 с. ISBN 978-5-6051665-1-1

Методические рекомендации разработаны для повышения эффективности психологической помощи в онкологии и адресованы медицинским психологам и врачам, работающим с онкологическими пациентами.

Рецензент: заведующий кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, доктор психологических наук, профессор Щелкова Ольга Юрьевна.

Настоящие рекомендации являются собственностью федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и не подлежат тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Утверждены
в качестве методических рекомендаций
Ученым советом ФГБУ «НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
протокол от 18.07.2025 № 7
©Вагайцева М.В. Коллектив авторов, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ	6
Психологическая реабилитация человека в ситуации онкологического заболевания ...	6
Отношение к болезни	7
Риски дезадаптации в ситуации онкологического заболевания	8
Дистресс в онкологии	8
Коммуникация в онкологии	9
Взаимосвязи восприятия заболевания и особенностей заболевания	9
Психологический профиль человека в ситуации онкологического заболевания	10
Методы онкопсихологии	10
ГЛАВА 2. ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПАЦИЕНТУ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ.....	12
Особенности оказания психологической помощи онкологическому пациенту на этапе стационарного лечения	12
Принципы оказания психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении	13
Модель оказания психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении	13
Программа психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении	14
Блоки и тайминг программы психологической помощи онкологическому пациенту на этапе стационарного лечения	15
ГЛАВА 3. СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПАЦИЕНТУ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ.....	18
Общие сведения о процедуре «Первичная/повторная психологическая консультация пациента на стационарном лечении»	18
Перечень записей и правила их ведения	19
Алгоритм выполнения процедуры	19
Методы регуляции эмоционального напряжения	20
Клинико-психологическая беседа	20
Кризисная интервенция	22
Методы, направленные на эмоциональную стабилизацию пациента	23
Экзистенциальное направление	23
Психодинамическое направление	26
Когнитивно-поведенческое направление	29
Открытая группа психологической помощи	31
Дополнительные методы оказания психологической помощи человеку в ситуации онкологического заболевания	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ	41

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРМ	–	автоматизированное рабочее место
ВАШ	–	визуально аналоговая шкала
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ВПФ	–	высшие психические функции
ЗНО	–	злокачественное новообразование
ЗТ	–	зеркальная терапия
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
КИ	–	кризисная интервенция
КПБ	–	клинико-психологическая беседа
КПТ	–	когнитивно-поведенческая терапия
МДБ	–	мультидисциплинарная бригада
МИС	–	медицинская информационная система
МКСП	–	медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	–	международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НБ	–	направленная беседа
НМР	–	нервно-мышечная релаксация
ОАР	–	отделение анестезиологии-реанимации
ОГПП	–	открытая группа психологической помощи
ОРП	–	оценка реабилитационного потенциала
ПДТ	–	психодинамическая терапия
ПК	–	персональный компьютер
ПКР	–	психологическая коррекция
ПО	–	программное обеспечение
ППК	–	первичная/повторная психологическая консультация
СОП	–	стандарты операционных процедур
ТОТ	–	телесно-ориентированная терапия
ФБ	–	фантомная боль
ЭТ	–	экзистенциальная терапия
ЭН	–	эмоциональное напряжение

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская психология динамично развивается и в настоящее время занимает признанное место при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с диагнозом злокачественного новообразования. Стабилизация эмоционального состояния пациентов доказала свою эффективность в улучшении качества их жизни путем снижения рисков психологической травматизации, повышения уровня эффективной профилактики дезадаптации не только самих пациентов, но и их окружения.

Востребованный пациентами персонализированный подход к оказанию психологической помощи привел к росту потребности в квалифицированных медицинских психологах в стационарах онкологического профиля. Психологическая помощь в период госпитализации стала доступной пациентам на различных этапах лечения злокачественных новообразований.

Наличие выраженной витальной угрозы и высокого уровня неопределенности создает для пациента с диагнозом злокачественного новообразования и его окружения кризисную ситуацию, которая часто субъективно переживается как экстремальная. Психологическую помощь в онкологии в первую очередь относят к виду краткосрочной экстренной психологической помощи, мишенью которой является восприятие ситуации болезни.

В соответствии с Положением о системе стандартизации в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России разработаны стандарты операционных процедур медицинского психолога, которые легли в основу настоящих методических рекомендаций.

Настоящие методические рекомендации предназначены для использования в клинической практике медицинскими психологами онкологических учреждений, а также врачами-онкологами как участниками коммуникации специалист–пациент.

ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Психологическое сопровождение человека в ситуации соматического заболевания с выраженной витальной угрозой, например, онкологического заболевания, сегодня выделяется в одно из направлений психологической науки. Работа в этом направлении имеет существенные отличия от работы психологов как с психиатрическими больными, так и с больными соматических нозологий, не несущих высокий уровень угрозы жизни.

Зарождение психоонкологии, обусловленное развитием медицины, относят к середине XX века. Российская история психоонкологии отсчитывается от 1926 года, когда хирург Николай Николаевич Петров предложил выделить онкологическую хирургию из общей. Этот символический отсчет обусловлен тем, что Петров придавал существенное значение личности пациента. В своих трудах он писал: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и самой блестящей хирургической техники, необходимы: ... полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики, с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута» (Н.Н. Петров «Вопросы хирургической деонтологии». Л., 1947 г.). Первая психологическая лаборатория была создана в 70-е годы XX века в НИИ онкологии имени Н. Н. Петрова.

Онкопсихология является одним из самых молодых психологических направлений и является практикоориентированной частью психоонкологии. Предметом онкопсихологии является качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания. Объект онкопсихологии – факторы, влияющие на качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания.

Психологическая реабилитация человека в ситуации онкологического заболевания

Психологическое сопровождение в онкологии сегодня относят к реабилитации пациентов. Онкологические заболевания существенно отличаются от иных заболеваний. Эти отличия влияют на выбор специальных методов реабилитации пациента, в том числе на выбор методов психологической реабилитации. Например, в случае ампутации конечности, сопровождающейся формированием фантомной боли (ФБ), применяются стандартные методы купирования ФБ. При некоторых локализациях злокачественных новообразований могут быть повреждены высшие психические функции (восприятие, память, мышление, речь). Так, например, при первичных или вторичных поражениях головного мозга неизбежно нарушаются функциональные системы реализации двигательных и поведенческих механизмов. В данном случае целесообразно рассматривать к применению стандартные методы нейропсихической реабилитации. В других случаях, например, при поражениях в области головы и шеи могут возникать механические повреждения речи. В такой ситуации целесообразно дифференцировать нарушение высших психических функций от эмоционального нарушения – дезадаптации в ситуации повреждения.

«Реабилитация – это комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства» – читаем мы в учебнике по клинической психологии под редакцией Бориса Дмитриевича Карвасарского. Психологическая реабилитация является одним из компонентов общей реабилитации.

В большинстве случаев мишенью психологической реабилитации (консультирования, коррекции, сопровождения) становится восприятие ситуации заболевания пациентом и его ближайшим окружением. Быстрая ориентация в личности пациента методом наблюдения является базовым навыком онкопсихолога.

Цель психологической реабилитации заключается в формировании у онкологических пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию.

Отношение к болезни

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболеванием считаются нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

В отечественной психологии проблема влияния болезни на личность рассматривается в контексте психологической теории отношений советского психиатра и медицинского психолога Владимира Николаевича Мясничева. Согласно этой концепции, личность трактуется как система отношений индивида, и утверждается, что болезнь изменяет личность как систему отношений пациента. Система отношений определяет адаптационный потенциал личности и ее способность принятия изменений, связанных с соматическим заболеванием (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). Таким образом, согласно концепции В.Н. Мясничева, психологический механизм влияния болезни на личность характеризуется изменением всей системы отношений как результат возникновения и развития заболевания.

В рамках концепции В.Н. Мясничева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах.

Когнитивный компонент включает представления и знания о болезни, размышления больного, понимание им болезни и зависит от имеющихся в обществе представлений и установок, полученных из различных источников.

Эмоциональный компонент включает эмоциональные реакции больного на заболевание, его последствия, в том числе и возможные изменения семейного и социального статуса. Особенности и интенсивность эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависят от степени значимости тех отношений, которые болезнь затрагивает. Эмоциональный компонент отношения к болезни тесно связан как с соматическим состоянием, так и с логическим суждением о своей болезни.

Мотивационно-поведенческий компонент отношения к болезни представляет те изменения в мотивационно-поведенческой сфере личности больного, которые происходят с возникновением болезни и в процессе ее течения (Иовлев Б.И., Карпова Э.Б., 1999). От мотивационно-поведенческого компонента зависит то, как больной сможет строить свою жизнь в контексте заболевания. Болезнь как экзистенциально значимое событие в жизни человека может привести к изменению ценностей личности. Изменения ценностной структуры больного характеризуются мотивационным компонентом.

Отношение к болезни не всегда четко коррелирует с клинической картиной заболевания. При психологическом анализе проблемы «личность – болезнь» под болезнью понимается не объективно существующий патологический процесс в организме, а болезнь как событие в жизни личности (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999).

Работа в открытых группах психологической помощи, так же, как и индивидуальная психологическая консультация одной и той же гендерной группы в одной и той же клинической ситуации, позволяют наблюдать вариативность личностного реагирования на одинаковую ситуацию болезни. Например, у женщин, планирующих билатеральную мастэктомию, или пациентов, принимающих высокодозное химиотерапевтическое

лечение – в первую очередь отношение к болезни зависит от преморбидных характерологических черт (темперамент, характер), существенное значение также имеют реализованность ведущих личностных мотивов (наличие семьи, детей). Третьим по значимости фактором является социальная защищенность и устойчивость к влиянию социальных установок (иррациональные убеждения). Совокупность этих факторов формирует различное отношение к одному и тому же этапу лечения одной и той же нозологической единицы.

Риски дезадаптации в ситуации онкологического заболевания

При любом заболевании устойчивое избыточное эмоциональное напряжение (дистресс) может приводить к дезадаптации пациента. Под дезадаптацией понимается деструктивно-дефицитарная адаптация личности к травмирующей ситуации, когда течение внутриспихических процессов человека складывается таким образом, что восприятие ситуации болезни само по себе начинает носить сверхболезненный характер. Особенностью онкологического заболевания является именно высокий риск дезадаптации, влияющий на дальнейшее восстановление продуктивности индивида.

Дезадаптация пациента может подкреплять существующие иррациональные установки личности, привнося избыточное эмоциональное напряжение в период лечения, а также затруднять социализацию пациента в период ремиссии заболевания. В отдельных случаях при наличии у человека суицидальных тенденций дезадаптация может стать истоком суицидального поведения пациента. При отсутствии угрозы суицида деструктивное восприятие так или иначе негативно сказывается на поведении человека, что, в свою очередь, может привносить избыточное напряжение на уровне межличностного общения. Формируется так называемый дезадаптивный круг «переживание – поведение – взаимодействие с избыточным напряжением – усугубляющее переживание».

Такой пагубный круг способен существенно нарушать качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания на любом этапе болезни.

Дезадаптация неизбежно оказывает негативное влияние и на окружение пациента и лежит в основе мифологизации “рака”, являясь фактором ограничения ранней диагностики онкологических заболеваний. Зачастую страх от самой мысли о “раке” останавливает людей на пути обращения к врачу до тех пор, пока болезнь не проявит себя на поздней стадии. Таким образом, дезадаптация пациента как реакция на выраженную витальную угрозу не только снижает качество жизни пациента на всех этапах заболевания, но также индуцирует окружение пациента, заражая общество деструктивным отношением к лечению онкологических заболеваний.

Одной из ведущих задач психологической реабилитации в онкологии является профилактика рисков дезадаптации в ситуации дистресса.

Дистресс в онкологии

Дистресс – это сверхсильное эмоциональное напряжение, обусловленное угрожающей ситуацией. Онкологическое заболевание является ситуацией пролонгированного дистресса, который может приводить к дезадаптации пациента и его ближайшего окружения. Коррекция выраженных симптомов дистресса у пациента является профилактикой эмоционального заражения контактеров – окружения пациента.

Носитель сверхсильного эмоционального напряжения непроизвольно размещает свое напряжение в зоне контактов, вызывая сходные переживания у контактеров. В случае онкологических заболеваний это переживания смертного ужаса, отчаяния и безнадежности. Такие переживания могут осознаваться или не осознаваться

контактером. Человек, осознающий свои переживания, в большей степени способен к регуляции своего эмоционального состояния, что положительно сказывается на взаимоотношениях с другими людьми. Не осознаваемые переживания наращивают эмоциональное напряжение и таким образом отрицательно сказываются на функционировании личности, зачастую приводят к формированию дисфункциональных отношений.

Заражение (индуцирование) контактеров имеет целый ряд негативных последствий с точки зрения психического здоровья общества. На поведенческом уровне такое индуцирование проявляется в дефицитарно-деструктивном отношении к заболеванию. Например, массовое бессознательное вытеснение угрозы заболевания – так проявляется дефицитарность отношения – способно существенно снижать усилия медицины по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний. А на стадии постановки диагноза индуцирование проявляется в недоверии к традиционной медицине и выборе нетрадиционных, зачастую губительных методов лечения – так себя проявляет деструктивность отношения к болезни.

Задачами психологической реабилитации в онкологии являются выявление, профилактика либо коррекция сверхсильного пролонгированного эмоционального напряжения (дистресса) с целью дальнейшей адаптации человека к изменениям, обусловленным ситуацией онкологического заболевания.

Коммуникация в онкологии

Коммуникация – сообщение, передача – термин, которым обозначают операционные системы, повседневно обеспечивающие единство и преемственность человеческой деятельности.

Коммуникация существенно зависит от эмоционального состояния коммуникатора (контактера). Человек в ситуации дистресса испытывает коммуникативные затруднения на всех уровнях – восприятии и воспроизведении. Коммуникативные затруднения могут существенно влиять на качество жизни онкологического пациента, вносить дополнительное избыточное напряжение во взаимодействие с близкими людьми и сотрудниками медицинских организаций.

Цель психологической реабилитации заключается в формировании у пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию. Ведущими технологиями в работе психолога с онкологическим пациентом являются установление контакта, вербализация и отражение эмоций. При выявлении затруднений в сфере коммуникации работа ведется в сфере восстановления или приобретения навыков коммуникативной компетентности. Психологическая коррекция эмоционального напряжения онкологических пациентов в первую очередь рассматривается как система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье.

С другой стороны, к задачам медицинского психолога относится повышение коммуникативных навыков сотрудников профильных медицинских организаций – врачей и медицинского персонала. В основном решение этой задачи нацелено на профилактику вторичной травматизации и эмоционального выгорания сотрудников, но также и улучшение имиджа профильной медицинской организации.

Взаимосвязи восприятия заболевания и особенностей заболевания

Восприятие является системой обработки чувственных данных, включающих бессознательную и сознательную фильтрацию. Выделяют четыре уровня восприятия: обнаружение, различение, идентификацию и опознание – реакция на стимул,

формирование перцептивного образа эталона, сличение с эталоном и идентификация, категоризация. В процессе познания окружающего мира у человека непроизвольно формируются устойчивые перцептивные образы – эталоны – для непроизвольного сличения с ними вновь поступающей информации (стимулов).

На восприятие болезни влияют различные факторы: особенности личности пациента, особенности самого заболевания и совокупность социальных факторов. К социальным факторам можно отнести системную оценку конкретного заболевания в обществе. На системную социальную оценку также влияют особенности заболевания. Так, сегодня в общественном восприятии наблюдается героизация ИБС и стигматизация ВИЧ, а онкологические заболевания из разряда стигматизированных перемещаются в разряд героизированных.

Заболевание с выраженным уровнем витальной угрозы является безусловно негативным стимулом для нормального индивида. Чаще всего бессознательно эталоном для идентификации становится жизнь индивида до предъявления столь грозного стимула. Иными словами, я жажду вернуться в то недавнее время, когда иллюзия бессмертности (Франкл) защищала меня. При выделении такого эталона последующее сличение и категоризация будут приводить к расширенному страданию. В ситуации заболевания с выраженной витальной угрозой переживание нравственного страдания неизбежно и по-разному представлено на разных этапах заболевания. Объем нравственного страдания является индивидуальной динамической характеристикой и подлежит коррекции. Объем страдания может зависеть от особенностей заболевания.

Для сокращения области страдания целесообразно выделить и осознанно пересмотреть эталон сличения.

Содержание и качество восприятия можно изменять за счет целевого внимания. Психологическая помощь в ситуации заболевания с высоким уровнем витальной угрозы заключается в выявлении особенностей восприятия болезни с опорой на особенности самого заболевания и формирование конструктивного отношения к болезни у пациента и его ближайшего окружения.

Психологический профиль человека в ситуации онкологического заболевания

Онкологические пациенты не утрачивают преморбидный психический статус под воздействием дистресса. Это люди с сохранной психикой, живущие в условиях устойчивого эмоционального напряжения, обусловленного высоким уровнем неопределенности развития заболевания. На этапе постановки диагноза болезнь воспринимается как экстремальная ситуация. Прогноз адаптации к ситуации болезни зависит от особенностей личности пациента. Сочетание пролонгированного дистресса и сохранности психики создают условия для скачкообразного личностного роста в рамках индивидуального потенциала. Дистресс не формирует новые характеристики, но ярко проявляет существующие личностные особенности онкологического пациента.

Методы онкопсихологии

Клинический (медицинский) психолог в онкологии не проводит психодиагностические мероприятия с целью адаптации пациентов в социуме, что обусловлено особенностями целевой группы. Технологии работы клинического (медицинского) психолога в онкологии включают: наблюдение, стандартизированный экспресс-опрос, клинико-психологическую/направленную беседу, кризисную интервенцию. Кризисная интервенция в данном случае подразумевает экстренную краткосрочную помощь, включающую следующие технологии: инициация отреагирования, терапевтическое слушание, помощь в выражении и принятии

негативных чувств, информирование (в рамках компетенции специалиста и исключительно по запросу пациента), нормализация изменений, связанных с ситуацией тяжелого заболевания.

Психологические методы носят эклектичный характер: используются элементы экзистенциальной, когнитивной и поддерживающе-экспрессивной терапии. Временные стандарты работы клинического (медицинского) психолога в онкологии обусловлены методами оказания психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях, ограничением по времени пребывания пациентов в стационаре, а также соматическим состоянием пациента. Среднее количество сессий от 1 до 5 за период пребывания пациента в стационаре. Продолжительность одной сессии от 15 до 50 минут. Период сессий: плановое посещение один раз в неделю, экстренное – по запросу врача, пациента, родственника пациента.

ГЛАВА 2.

ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПАЦИЕНТУ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Роль медицинского психолога в комплексном онкологическом лечении заключается в облегчении эмоционального дистресса, который развивается у многих пациентов (Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Петров Д.С., 2004). На основании многолетних исследований сотрудников ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ разработаны стандарты психологической помощи пациентам с диагнозом злокачественного новообразования (далее – пациенты). К видам психологического сопровождения пациентов с ЗНО на госпитальном этапе относят экстренную психологическую помощь (кризисная интервенция), психологическое консультирование и психологическую коррекцию. Методы и техники выбирает медицинский психолог, осуществляющий сопровождение.

В основу программы персонифицированного психологического сопровождения пациента положены теоретические и методологические подходы к психологической коррекции, разработанные отечественными авторами (Зачепиский Р.А., 1960, Исурина Г.Л., 1983, Карвасарский Б.Д., 1995, Осипова А.А., 2000, Мамайчук И.И., 2003, 2015 и др.). Психологическое сопровождение лиц с диагнозом ЗНО на разных этапах течения заболевания рассматривается, как система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на восстановление социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье.

Рассмотрим основные положения программы психологического сопровождения пациентов в период госпитализации.

Особенности оказания психологической помощи онкологическому пациенту на этапе стационарного лечения

Медицинскому психологу онкологического стационара важно учитывать особенности этапа заболевания при планировании взаимодействия с пациентом. Этапы течения заболевания: диагностический, лечебный, восстановительный, ремиссия, рецидив, паллиативный и терминальный.

Исследования не выявляют прямой взаимосвязи эмоционального состояния пациента и этапа течения болезни. Однако, некоторые закономерности переживаний на различных этапах целесообразно учитывать. Следует подчеркнуть, что на каждом из этапов методы работы зависят от специфики переживания больного. В данных рекомендациях мы рассмотрим особенности лечебного этапа.

Особенностью лечебного этапа является, с одной стороны, то, что у пациента происходит уменьшение чувства неопределенности, так как выбран и уже применяется метод лечения болезни. С другой стороны, пациент испытывает постоянное повторяющееся воздействие травматических стрессоров: физический дискомфорт, наблюдение за состоянием других пациентов, минимизация привычных стимулов жизни вне заболевания. В результате, у пациента актуализируются переживания, обусловленные наличием у него тяжелого хронического заболевания с высокой степенью непредсказуемости течения и потенциальной витальной угрозы. На данном этапе в пределах личностных особенностей пациента активно инициируется формирование новой идентичности «Я – пациент с тяжелым хроническим заболеванием».

Исследования показывают, что взаимосвязи между возрастом пациента и эмоциональным состоянием не носят линейного характера.

Принципы оказания психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении

В ситуации соматической патологии ведущим становится принцип биомедицинской этики «не навреди». При работе с онкологическими пациентами важно ориентироваться на соматическое состояние пациента. В период реализации психологической помощи необходимо корректировать план и ход мероприятий в зависимости от актуальной ситуации течения болезни, так как онкологические заболевания имеют специфические особенности, сопряженные с высокой частотой неблагоприятной динамики, быстрой инвалидизацией, а также серьезными осложнениями, сопровождающими лечение опухолей. На этапе стационарного лечения ведущей потребностью пациента становится принятие медицинской помощи, этим обусловлен гибкий подход к таймингу психологических занятий. Пациент имеет право прервать участие в консультации или в группе психологической помощи в пользу выполнения медицинской процедуры. Медицинский психолог (онкопсихолог) обязан прервать процедуру оказания психологической помощи в пользу любой медицинской процедуры. Медицинская процедура является приоритетным выбором в период госпитализации. Корректное завершение процедуры психологической помощи на любом этапе взаимодействия является обязательным навыком специалиста.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на стационарном лечении базируется на основных принципах психологической коррекции, таких как личностный, каузальный, а также на принципах комплексного и деятельностного подходов. Также актуальны в работе с онкологическими пациентами основные направления клиент-центрированной терапии (Роджерс К., 1977).

Личностный принцип постулирует уважение к личной истории пациента и праву его самоопределения. Применение каузального, то есть причинно-следственного принципа, обусловлено наличием объективно психотравмирующего события – тяжелого хронического заболевания с выраженной витальной угрозой.

Онкологическое заболевание является психотравмирующей ситуацией не только для пациента, но и для его семьи, что подчеркивает необходимость соблюдения принципа комплексного подхода в рамках мероприятий психологического сопровождения.

В данных методических рекомендациях рассматривается программа психологической помощи взрослым пациентам с достаточно сформированными личностно значимыми видами деятельности. В связи с этим важно соблюдение принципа деятельностного подхода.

Модель оказания психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении

В основу работы медицинских психологов в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России положена трехфазная модель профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010), которая опирается на концепцию представления об онкологическом заболевании, как экстремальной ситуации и психологическом кризисе.

Модель описывает 3 фазы динамики психического состояния человека, переживающего дистресс в ситуации онкологического заболевания.

1-я фаза – смятение и хаос, срыв привычного распределения психических защит в ситуации выраженной витальной угрозы. Это неизбежный этап адаптации к ситуации болезни. В зависимости от особенностей личности пациента 1-я фаза может длиться от нескольких дней (высокий уровень личностной зрелости пациента) до нескольких месяцев (низкий уровень личностной зрелости пациента). Проявлением 1-ой фазы

являются очевидные проявления тревоги и страха, бессознательное сопротивление ситуации болезни вплоть до явлений дезориентации.

2-я фаза – признание ситуации болезни на эмоциональном и когнитивном уровне, бессознательный поиск разрешения эмоционального напряжения за счет «обучения» жизни в условиях тяжелого хронического заболевания. Проявлением 2-ой фазы является сосредоточенность пациента на симптомах болезни. Ярким проявлением «застревания» во 2-ой фазе можно считать устойчивый доминирующий страх рецидива, формирующий устойчивое повышение эмоционального напряжения.

3-я фаза – разрешение психологического кризиса. Элементы эмоционального напряжения 1-й и 2-й фаз могут реактивно воссоздаваться адекватно изменениям течения заболевания. Основным эмоциональным фоном у пациента становится отношение к болезни как к одному из обстоятельств собственной жизни.

Следует учитывать, что деление на фазы условно, и что динамика переживаний пациента может не совпадать с этапом течения заболевания. В зависимости от уровня личностной зрелости пациента психологический кризис спонтанно разрешается (адаптация) либо «застревает» на 1-ой или 2-ой фазе (дезадаптация). В случае «застревания» пациенту показана психологическая помощь.

В 1-й фазе основная задача психолога заключается в создании безопасных условий для проявления и выражения пациентом сильных чувств, вследствие чего эмоциональное напряжение пациента снижается. Это способствует принятию им болезни не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне. На эффективность психологического сопровождения указывает снижение эмоционального напряжения пациента. Критерием эффективности является наблюдение специалиста, вербально подтвержденное пациентом. Особенностью психологического сопровождения в 1-й фазе является быстрая насыщаемость эффектом. Пациенты в этой фазе после 1-2 сессий за психологической помощью больше не обращаются. Решение о повторном обращении принимает сам пациент.

Во 2-й фазе динамики психологического состояния у пациента может актуализироваться потребность контролировать свое эмоциональное состояние (настроение). С помощью различных психологических методов больной обучается жить в условиях болезни, формируется его активная позиция по отношению к лечению и выздоровлению. Пациенты, переживающие 2-ю фазу динамики психологического состояния, достигают положительных изменений эмоционального состояния за 3-5 сессий.

В 3-й фазе пациент непроизвольно приходит к новой личностной интеграции, завершается реконструкция его личности, благодаря чему разрешается психологический кризис. Эта фаза является наиболее длительной и разнообразной по содержанию. Размышляя о болезни, о ее месте и роли в их жизни, пациенты постепенно воссоздают свою жизнь с учетом заболевания (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010).

Важно отметить феномен повышения эмоциональной пластичности (то есть, способности легко и быстро приспосабливаться к изменениям) как следствие пролонгированного дистресса у онкологических пациентов. Также необходимо помнить, что потребность в психологическом сопровождении и эффективность воздействия обусловлены личностными особенностями пациента.

Программа психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении

В практике при работе с онкологическими пациентами выделяют стандартные направления работы со взрослыми (Осипова А.А., 2002), такие как психодинамическое, гуманистическое и когнитивно-поведенческое. К дополнительным направлениям

относятся телесно-ориентированное и арт-терапевтическое. При необходимости применяется первичная нейропсихологическая диагностика.

Мишенью психологической помощи пациенту на стационарном лечении становится риск дезадаптивного эмоционального реагирования на ситуацию заболевания.

Цель психологической помощи заключается в формировании у пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию. Особенно важно в ходе психологической работы задавать локус концентрации внимания не на проблеме человека – онкологическом заболевании (она может оказаться неразрешимой), а на нем самом, на непреходящей ценности его «Я», в какой бы ситуации пациент ни оказался. Эта цель особым образом перекликается с общей целью клиент-центрированной коррекции Карла Роджерса, которая состоит в выработке у пациента большего самоуважения и способности предпринимать действия в соответствии с его личным опытом и глубинными переживаниями. Исходя из цели, ведущими технологиями в работе с онкологическим пациентом являются: установление эмпатического контакта, присутствие, конгруэнтность, вербализация и отражение эмоций (Чулкова В.А., Вагайцева М.В., 2017).

По времени применения программы психологического сопровождения в онкологии относятся к сверхкоротким (1-3 занятия) и коротким (3-7 занятий) на этапе лечения и паллиативного лечения, и к коротким (3-7 занятий) и длительным (более 7 занятий) – на этапе ремиссии, а также при работе с родственниками пациентов.

Следует помнить, что в рамках сверхкороткого подхода психологическая помощь может носить экспресс-диагностический и, одновременно, экспресс-коррекционный характер. Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру.

Задачи психологической помощи:

- 1) Выявление уровня риска или реализации дезадаптации;
- 2) Профилактика (психологическое сопровождение) потенциального повышения риска дезадаптации в отдаленном периоде (в случае выявления на момент консультации адаптивного отношения к болезни);
- 3) Коррекция эмоционального напряжения (в случае выявления дезадаптивной тенденции отношения к болезни).

На основании наблюдения и выводов медицинского психолога строится индивидуальная программа психологической помощи с учетом выявленных особенностей личности и соматического состояния пациента. Психокоррекционный комплекс (индивидуальная программа) включает в себя стандартные блоки, такие как диагностический, установочный, коррекционный, и блок оценки эффективности воздействия.

Блоки и тайминг программы психологической помощи онкологическому пациенту на этапе стационарного лечения

1. Диагностический блок.

При первом посещении пациента на этапе стационарного лечения применяется специализированная клинико-психологическая беседа (Приложение 1). Выявленный в ходе первичной клинико-психологической беседы уровень эмоционального напряжения обуславливает выбор вида оказания помощи.

При выявлении в первичной диагностической беседе дезадаптивных тенденций отношения к болезни целесообразно оговаривать с пациентом программу троекратных встреч в рамках краткосрочного подхода.

Задачи этапа:

- диагностика эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов отношения пациента к болезни для построения индивидуального плана психологической коррекции;
- снижение уровня дистресса.

Форма работы: индивидуальная, открытая группа.

Психокоррекционные технологии: направленная беседа или кризисная интервенция, экспресс-оценка эффективности взаимодействия.

Следует помнить, что предикторами эмоционального неблагополучия у пациентов является более молодой возраст, а также наличие устойчивых иррациональных убеждений относительно болезни в континууме «излечение-смерть».

Оценка эффективности взаимодействия (Блок 4) проводится при каждой встрече методами наблюдения специалиста и вербализации самонаблюдения пациента. Подтверждающим критерием является ситуативное снижение эмоционального напряжения (беспокойство, тревога, страх).

В случае, если план основного лечения предусматривает пребывание пациента в стационаре сроком от 3х недель с пациентом оговаривается план посещений от 3-х до 5-ти раз с возможным обоснованным продлением количества встреч. В таких условиях применяются установочный и затем коррекционный блоки психологической помощи.

2. Установочный блок программы психологической помощи.

Формируется запрос пациента, который, как правило, носит смешанный характер и состоит из формирования навыков саморегуляции психического и физического состояния в условиях заболевания, и осознания себя в условиях тяжелого хронического заболевания и изменений, связанных с ним.

Форма работы: индивидуальная, групповая, работа с семейной парой.

Психокоррекционные технологии: кризисная интервенция; релаксация; направленное воображение (визуализация); внутренний диалог; дифференциация чувств и переживаний; осознание функциональности базовой тревоги; освоение способов утилизации негативных переживаний (вербальный, телесный, нарративный); оценка эффективности воздействия.

Оценка эффективности взаимодействия (Блок 4) проводится при каждой встрече методами наблюдения специалиста и вербализации самонаблюдения пациента. Подтверждающим критерием является ситуативное снижение эмоционального напряжения (беспокойство, тревога, страх).

3. Коррекционный блок программы психологической помощи.

Уточняется запрос пациента, который чаще смещается из области формирования навыков саморегуляции психического и физического состояния в условиях заболевания в область экзистенциальных вопросов. На этом этапе программы для пациентов и членов их семей также становится актуальным улучшение навыков коммуникативной компетентности.

Форма работы: индивидуальная, групповая, работа с семейной парой.

Психокоррекционные технологии: кризисная интервенция; исследование специфики и приоритетов жизни пациента; техника фокусирования на смысле с фиксацией ощущений тела; поощрение инсайта; парадоксальная интенция; выработка навыков самоосознания, минимального анализа; дерефлексия; юмор; «Сократовский диалог»; освоение навыков коммуникативной компетентности, навыков принятия

решения в ситуации неопределенности; работа с иррациональными установками, освоение навыков минимального планирования; оценка эффективности воздействия.

4. Блок оценки эффективности воздействия.

Особенностью психологической помощи (сопровождение/коррекция) онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии.

К технологиям оценки эффективности относят: формирование конструктивного убеждения относительно нормативности реагирования на происходящее; обсуждение сессии; обсуждение актуального чувства; формирование плана встреч; обсуждение ближайших планов лечения пациента с оцениванием в позитивном ключе «все настолько хорошо, насколько это возможно в данных условиях».

Следует помнить, что психологическое сопровождение в период пребывания пациента на стационарном лечении носит краткосрочный и часто травматичный характер. В связи с этим диагностический этап часто совмещается с элементами установочного и всегда заканчивается этапом оценки эффективности воздействия. Также медицинский психолог должен в достаточной степени владеть навыками кризисной интервенции.

Тайминг программы психологической помощи.

Индивидуальная консультация – пациента, идентифицированного пациента (родственник пациента), семейной пары – проводится один раз в неделю, в отдельных, острых случаях (1-я фаза) – несколько раз в неделю. Длительность работы зависит от состояния пациента варьируется от 20 до 50 минут.

Продолжительность работы в группе – 2 часа. Численность группы – 5-10 человек. Частота встреч в группе – 1 раз в неделю. Психологическая помощь проводится в группе открытого посещения, в которой состав группы носит произвольный характер.

Прогнозируемым результатом психологического сопровождения онкологических пациентов на стационарном лечении становится формирование безусловного признания пациентом собственной личности, само существование которой есть ценность независимо от изменений в связи с заболеванием и гарантий срока существования. Прогнозируемый результат достигается за счет инициации в ходе занятия потенциала эмоциональной саморегуляции пациента.

Наблюдения показывают, что онкологические пациенты в условиях дистресса острой и переходящей в хроническую психотравмирующей ситуации заболевания, крайне восприимчивы к направленному коррекционному воздействию. Принцип инициации эмоционального потенциала похож на принцип вакцинации. Грамотно выстроенное однократное или периодическое взаимодействие специалиста индуцирует эмоциональную сферу пациента также как соматическую сферу индуцирует однократное или периодическое введение антигена. Сочетание повышенной эмоциональной пластичности как результат дистресса пациента и умения специалиста быстро и точно сориентироваться в особенностях личности обеспечивает эффективность короткого и сверхкороткого подходов психологической помощи на этапе стационарного лечения.

ГЛАВА 3.

СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПАЦИЕНТУ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Общие сведения о процедуре «Первичная/повторная психологическая консультация пациента на стационарном лечении»

1. Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, врача-реабилитолога (по результатам обсуждения МДБ), медицинского психолога в первичной консультации пациентов на стационарном лечении, по результатам анализа бланков скрининга «Шкала самооценки интенсивности переживаний онкологического больного» (приложение 1).

2. Первичная/повторная психологическая консультация (ППК) производится с целью оценки динамики и коррекции уровня ЭН пациентов.

3. Задачами первичной/повторной психологической консультации являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- установка/поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- оказание экстренной психологической помощи (КИ) либо коррекция ЭН пациента;
- подбор индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

4. Выбор метода оказания психологической помощи основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010).

5. Техники ППК:

- опрос;
- терапевтическое слушание, вербализация состояния, называние и нормализация переживаний, утилизация негативных переживаний, формулирование проблемы, элементы суггестии;
- информирование по запросу в пределах компетентности специалиста;
- представление техник саморегуляции: устные, мысленные, письменные аффирмации; переключение внимания; активное взаимодействие с выделенным переживанием; рассуждение; правильное сравнение; визуализация; релаксация;
- выбор и апробирование техники саморегуляции для самостоятельного использования пациентом;
- формирование конструктивного убеждения относительно нормативности реагирования на происходящее;
- обсуждение сессии;
- обсуждение актуального эмоционального состояния;
- формирование плана встреч;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

Перечень записей и правила их ведения

Запись о проведении первичной психологической консультации в МКСП:

- время и место проведения консультации;
- оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
- уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- интеллектуально-мнестический статус;
- наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
- нарушения ночного сна и аппетита;
- уровень приверженности лечению;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- оценка эффективности проведенной процедуры;
- рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); назначение или отмена препаратов коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом *Ф.И.О.* (при необходимости);
- повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

Алгоритм выполнения процедуры

1. Проанализируйте свои наблюдения, рассмотрите назначения в МИС.
2. Изучите МКСП пациентов, которые обратились за помощью сами или с помощью иных лиц, а также пациентов, которым посещение психолога назначил врач.
3. Постройте оптимальный маршрут посещения пациентов.
4. Установите контакт с пациентом:
 - назовите имя, отчество и фамилию пациента;
 - приветствуйте пациента, обратившись по имени и отчеству;
 - назовите свои имя, отчество и должность;
 - объясните причину своего визита;
 - получите устное согласие на вмешательство;
 - оцените уровень ЭН пациента методом наблюдения (визуально, аудиально);
 - примите решение о дальнейшем взаимодействии в соответствие с уровнем ЭН пациента – КИ или КПБ.
5. Методы и техники взаимодействия.
Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру.
 - 5.1. Кризисная интервенция (КИ) (*основные принципы применения КИ: краткосрочность, реалистичность, личностная вовлеченность профессионала*):
 - дифференцируйте чувства пациента и обоснуйте правомочность любых чувств, которые пациент подтверждает или демонстрирует;
 - иницируйте отреагирование чувств пациента;
 - исследуйте восприятие ситуации пациентом;
 - проясните картину восприятия, выделите мишени экстренного коррекционного воздействия;
 - мягко конфронтуйте с иррациональными установками;
 - выделите ресурсы пациента и фиксируйте внимание пациента на них;

- предоставьте пациенту экспертное мнение в рамках своей профессиональной компетентности (исключительно по запросу самого пациента);

5.2. Клинико-психологическая беседа (КПБ).

6. Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения.

7. Примите решение о применении техник дальнейшего взаимодействия в соответствии с динамикой ЭН пациента.

8. Примените выбранные техники.

9. Завершите первичную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;

- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;

- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;

- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;

- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.

- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

11. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

12. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

Методы регуляции эмоционального напряжения

Эмоции – это ответная реакция организма на любые стимулы (события, действия). Совокупность повседневных реакций на стимулы вызывает эмоциональное напряжение (ЭН). Переизбыток реакций в связи с переизбытком стимулов вызывает эмоциональное напряжение. Стимулы, обусловленные тяжелым хроническим заболеванием с выраженной витальной угрозой (онкологическое заболевание), могут вызывать сверхсильное либо устойчивое эмоциональное напряжение.

Симптомы ЭН:

- утомляемость, апатия, ангедония, устойчивое снижение настроения, эмоциональная «заложенность»;

- раздражительность, мнительность, гневливость, плаксивость;

- чувство изолированности, снижение самооценки;

- нарушения сна и аппетита;

- повышение ноцицептивной чувствительности.

Первичная консультация является первым знакомством с пациентом. Базовыми методами первичной консультации становятся клинико-психологическая беседа либо кризисная интервенция как метод купирования сильного эмоционального напряжения.

К признакам сильного эмоционального напряжения (ЭН) относят проявления тревоги и беспокойства: эмоциональное возбуждение, повышенный темпоритм речи, суетливость или апатия и безразличие к происходящему.

На этапе госпитализации уровень эмоционального напряжения определяется методом наблюдения либо самооценки.

Клинико-психологическая беседа

Клинико-психологическая беседа (КПБ) представляет собой неформализованное интервью, которое опирается на разработанную структуру, при этом строится свободно в зависимости от особенностей личности пациента. КПБ способствует улучшению

адаптации пациента к ситуации болезни, а также позволяет построить индивидуальную программу дальнейшего эмоционального сопровождения пациента.

КПБ опирается на разработанную структуру, включает элементы КИ, при этом строится свободно в зависимости от особенностей личности пациента. КПБ способствует улучшению адаптации пациента к ситуации болезни, а также позволяет построить индивидуальную программу эмоциональной реабилитации пациента.

КПБ как направленная беседа состоит из клинического, социально-демографического и психологического блоков.

В клиническом блоке обсуждается возраст пациента, стаж, этап и способ лечения заболевания. Как правило, медицинский психолог знакомится с этими данными в истории болезни до встречи с пациентом. Сопоставление объективных данных о течении болезни с ответами пациента позволяет получить первое представление о субъективном восприятии болезни самим пациентом.

Часто пациенты «застревают» в клиническом блоке, то есть много и эмоционально говорят на тему заболевания. В этом случае следует применить технику «Терапевтическое слушание» и предоставить время для рассказа о болезни, наблюдая за снижением у пациента ЭН за счет «отреагирования».

Иногда первая встреча бывает в основном посвящена отреагированию. По мере снижения у пациента ЭН психолог принимает решение о переходе к другим блокам КПБ, либо к завершающей фазе встречи.

Стандартная продолжительность психологической консультации в стационаре не превышает 30 минут.

Если беседа носит размеренный характер и «застревания» пациента в теме «болезнь» не наблюдается, целесообразно перейти к социальному блоку.

В социальный блок КПБ могут входить данные о социальном положении, составе семьи, продолжительности брака, уровне образования и трудовом статусе пациента. Нет необходимости собирать все эти сведения при первой же встрече. В ходе короткого расспрашивания специалист ориентируется на предпочтения пациента, а также наблюдает его эмоциональные реакции. Эти наблюдения позволяют расширить представление о личности и влиянии болезни на восприятие пациентом своей социальной жизни.

Сегодня в отечественной психологии проблема влияния болезни на личность рассматривается в контексте психологической теории отношений советского психиатра и медицинского психолога Владимира Николаевича Мясничева. Согласно этой концепции, личность трактуется как система отношений индивида. Система отношений рассматривается, как ядро личности, наиболее чувствительное к развитию болезни. Система отношений определяет адаптационный потенциал личности и ее способность принятия изменений, связанных с соматическим заболеванием (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). В рамках концепции В.Н. Мясничева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах. Отношение к болезни не всегда четко коррелирует с клинической картиной заболевания.

Третий (психологический) блок КПБ относится непосредственно к ориентации специалиста в рамках отношения к болезни конкретного пациента. Иногда этот блок рассматривается как короткое обсуждение вопросов, которые вызывают отклик пациента.

Но чаще третий блок формируется из:

- наблюдения за пациентом в ходе предшествующих блоков КПБ;

- избирательной перепроверки методом «уточняющий и проясняющий вопрос»;
- выводов специалиста о влиянии болезни на качество жизни пациента.

К стандартным направлениям обсуждения или избирательной перепроверки относят следующие аспекты отношения к болезни:

- отношение к диагнозу (характер эмоциональной реакции на постановку диагноза, качество имеющейся информации о заболевании);
- отношение к лечению (отношение к течению болезни и связанные с ним страхи);
- субъективное восприятие болезни (самый трудный период заболевания, субъективная оценка собственных ресурсов пациента, текущего самочувствия);
- отношения в семье в связи с болезнью (ожидание поддержки от близких, характер изменений отношений в семье, по мнению больного);
- отношения с окружающими (наличие трудностей в сообщении о своем диагнозе другим людям, характер изменений отношений со значимыми другими, по мнению больного, изменение социального функционирования);
- отношение к жизни (характер изменения отношения к жизни в связи с заболеванием).

Беседа проводится в форме «Вопрос – ответ». Пациент имеет возможность обсуждения заданного вопроса, специалист может задавать уточняющие и проясняющие вопросы в процессе обсуждения. При затруднении пациента описать свои переживания специалист может предложить выбор вариантов ответа на данный вопрос. Наблюдения показывают, что самым безопасным направлением психологического блока является исследование структуры отношения к болезни в части, которую пациент склонен поддержать.

Объем и длительность проведения КПБ зависят от соматического состояния пациента и его заинтересованности в общении.

В ходе КПБ онкопсихолог оценивает выраженность ЭН.

При наблюдении сверхсильного эмоционального напряжения применяют метод кризисной интервенции.

Кризисная интервенция

Кризисная интервенция (КИ) – это экстренная и неотложная психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пациента к адаптивному уровню функционирования, предотвращение психопатологии, снижение негативного воздействия травматического события (заболевания). Кризисная интервенция является основным методом регуляции эмоционального напряжения у онкологических пациентов во время стационарного лечения. Этот выбор обусловлен актуализацией состояний тревоги и страха на таких этапах как поступление в стационар, ожидание хирургического вмешательства, ранний послеоперационный период.

Применение КИ определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пациента, таких как по-разному выраженная дезадаптация.

К симптомам дезадаптации относят: генерализацию тревоги, эмоциональную нестабильность, эмоциональную подавленность, снижение самооценки, повышенную утомляемость, снижение концентрации внимания, снижение работоспособности, замкнутость, агрессию, отказ от привычной активности.

К технологиям кризисной интервенции относят: активное слушание, вербализация состояния, называние и нормализация чувств, утилизация негативных переживаний за счет инициации отреагирования ЭН пациента, формулирование актуальной ведущей эмоциональной трудности; информирование, то есть передачу пациенту знаний о

закономерностях адаптации к ситуации онкологического заболевания; представление техник саморегуляции.

Методы, направленные на эмоциональную стабилизацию пациента

При наблюдении устойчивого эмоционального напряжения применяют методы основных психотерапевтических направлений – экзистенциальной, психодинамической и когнитивно-поведенческой терапии.

Экзистенциальное направление

Особенностью психологического сопровождения/коррекции ЭН у онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. При выявлении умеренного уровня ЭН востребованным методом становится беседа на актуальную для пациента тему в рамках экзистенциальной терапии.

Экзистенциальная терапия – это динамический подход, фиксирующий на базисных проблемах существования человека, таких как смерть, свобода, одиночество и смысл (бессмысленность).

В континууме «потребность – угроза потребности», формируются внутренние конфликты. Внутренние конфликты порождают фрустрацию, фрустрация запускает тревогу. Тревога инициирует включение бессознательных защитных механизмов психики человека.

Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии основана на постулате о том, что тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на эти базисные проблемы (И. Ялом).

Например, базовой потребностью человека является безопасность его жизни. Информация о наличии онкологического заболевания «приковывает» внимание к угрозе жизни, угрожая базовой потребности в безопасности (фрустрация). Тревога актуализирует защитные механизмы психики. Комбинация актуализированных тревогой бессознательных защит носит индивидуальный характер. Медицинский психолог осуществляет подбор адекватных техник исходя из наблюдения за личностью пациента. Психологическая помощь человеку в ситуации онкологического заболевания носит выраженный персонифицированный характер.

Ключевым терапевтическим моментом в психологии является осознание человеком механизма своих защит. Функциональное значение механизма бессознательных психологических защит заключается в ослаблении ЭН, обусловленного противоречием между давлением внешней среды и импульсам бессознательного. Этот механизм приспособления выполняет функцию регуляции поведения человека.

В экзистенциальном подходе рассматривают два типа бессознательных механизмов психологической защиты, то есть неосознаваемого психического процесса, минимизирующего трудные переживания.

К первому типу относят традиционные механизмы психологической защиты, введенные Зигмундом Фрейдом: вытеснение, проекция, замещение, интроекция, отрицание, сублимация и другие.

Ко второму типу относят специфические механизмы защиты от каждой из четырех базисных проблем. Рассмотрим их.

Страх смерти. Бессознательным защитным психическим механизмом базисного страха смерти является ее отрицание. Отрицание смерти выражается в устойчивом формировании иррациональной убежденности в собственном бессмертии и

неприкосновенности. Виктор Франкл обозначил это как «иллюзию бессмертности». В норме этот механизм представлен в каждой личности.

При недостаточном развитии отрицания могут развиваться такие клинические синдромы, как маниакальный героизм (спасательство), эргопатия (трудоголизм), либо поглощенность собой (самовлюбленность), бессознательное стремление к власти и контролю (спасти себя от тревоги).

Иногда дефицит «иллюзии бессмертности» компенсируется верой в «спасителя», который извне «придет на помощь в последний момент». Истовая религиозность относится к такой форме компенсации страха смерти. Клинической формой дефицита бессознательной психической защиты «иллюзия бессмертности» является также психологическая зависимость от другого человека.

Страх утраты свободы. Тревога формируется как ответ на трудности принятия ответственности за свою жизнь, свои действия и неудачи при совершении действий. Бессознательные механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают человеку избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь.

Такое бессознательное избегание может выражаться по-разному:

- бессознательное табуирование свободы, потребность перекладывать ответственность на иррациональную внешнюю непобедимую силу (компульсивность);
- избегание личной ответственности с переносом ее на других;
- утрата контроля как регресс на фоне эмоционального перенапряжения разной этиологии (отрицание ответственности);
- выраженная истероидность как характерологическая черта может формировать рисунок «безвинной жертвы» событий, которые сам бессознательно провоцирует (отрицание ответственности);
- блокировка применения на поведенческом уровне сформированных представлений (избегание автономного поведения);
- хаотичное принятие решений рассогласованных с подлинными мотивами человека (беспорядочность желаний и решений).

Страх одиночества (изоляции). Формирование межличностной изоляции может быть обусловлено различными факторами и их сочетаниями. К таким факторам относят недостаточное развитие социальных навыков, наличие психических отклонений, собственный первичный выбор или влияние среды. Бессознательный механизм защиты от тревоги, связанной с изоляцией, выражается в невозможности индивида отнестись к другим как к отдельно и независимо существующим сущностям, а бессознательное использование каждого другого для «защиты» меня, воспринимающего этого другого. Страх одиночества проявляет себя следующими паттернами:

- ненасыщаемая бессознательная потребность в получении одобрения других (часто выражается в попытке утвердить себя в глазах других);
- непереносимость чувства «отдельности», утрата ощущения и слабая дифференциация собственных потребностей, выражающаяся в бессознательной потребности слияния с другим индивидом или группой;
- невозможность установления доверительных отношений (компульсивная сексуальность).

Страх утраты смысла – бессмысленность жизни. Бессознательный механизм совладания с этой базовой угрозой выражается в следующих проявлениях:

- неутолимая потребность в избыточном получении денег, удовольствия, власти, признания, статуса, которая всегда сопровождается сомнениями и разочарованием в результатах (компульсии);

- поглощенность достижением нематериальных результатов: увлечения, соперничество, конфликты, общественная деятельность, бесконечное «самосовершенствование» (потребность заполнить, структурировать время);
- пренебрежение ко всем источникам смысла, заявленного другим человеком (обесценивание, нигилизм).

Перечисленные выше признаки и их сочетание так или иначе представлены в любой личности. Ситуация чрезвычайного ЭН, например, витальная угроза заостряют личностные особенности индивида. Эффект такого заострения нередко оказывается положительным, так как повышает у пациента мотивацию к поиску изменений и восприимчивость к оказанию специализированной психологической помощи. Этот феномен обуславливает эффективность применения сверхкороткого подхода в психологической помощи.

При сверхсильном эмоциональном напряжении, характерном для ситуации онкологического заболевания актуализируется ведущая мотивация человека к достижению индивидуальных результатов (материальных и нематериальных). Это может быть выплата ипотеки, обеспечение семьи, возвращение детей, обретение отношений в паре. При этом угроза жизни, которая всегда является ядром переживания страха, подменяется смыслами ведущей актуальной мотивации пациента. Следует помнить, что горе гипотетической утраты чего-то в рамках актуальной мотивации личности бессознательно является для пациента более безопасным переживанием по сравнению с горем угрозы жизни.

Самым ярким примером такой подмены является отказ от лечения из-за гипотетической утраты привлекательности (волосы, молочная железа). Распространенной ошибкой специалиста становится обесценивание актуальной мотивации пациента, которая субъективно оценивается специалистом, как незначимая.

Горе утраты актуальной мотивации нельзя игнорировать и обесценивать. Реакции горя в связи с угрозой ведущей актуальной мотивации пациента следует использовать для облегчения ЭН.

Раскрытие реакций горя (отреагирование) достигается за счет применения психотерапевтических техник.

Техники экзистенциальной терапии

К техникам регуляции ЭН в рамках метода экзистенциальной терапии относят: конфронтацию, интерпретацию защит, экспозицию, переосмысление, реализацию потребностей, помощь в принятии решений с целью достижения конкретной цели, восполнение эмоциональных потребностей.

Рассмотрим техники в последовательности их применения у пациентов на стационарном лечении от более частых к наиболее редким.

1. Техники переосмысления – если саму данность нельзя изменить, можно пересмотреть отношение к этой данности, например, к тяжелой хронической болезни.

2. Техники экспозиции – специалист помогает пациенту смоделировать экзистенциальные данности и столкнуться с ними.

3. Техника фасилитации принятия решений – специалист помогает человеку проанализировать, какие решения он уже принял, какие может принять и как они могут повлиять на жизнь пациента.

4. Техники конфронтации – направление внимания и обсуждение с пациентом предъявленных самим пациентом тем: смерти, ответственности, одиночества, смысла. Специалист может дозированно и по запросу пациента вносить свое мировоззрение в обсуждение данных вопросов или ссылаться на мнение экзистенциальных философов.

5. Техники реализации потребности – специалист помогает раскрыть актуальные чувства и переживания пациента относительно ситуации болезни, освободить его от

психологических блоков (скрытых от сознания пациента устойчивых негативных отношений к процессу и результату достижения поставленной цели, которые не позволяют эти переживания выразить), найти способ более адекватной реализации потребностей в реальности ситуации болезни.

6. Техники восполнения потребностей – специалист использует контакт и встречу с пациентом, чтобы восполнить эмоциональные потребности, актуализированные ситуацией болезни, которые пациент не смог реализовать ранее

7. Анализ сновидений – рассматривается с позиции экзистенциальных проблем, которые часто прослеживаются во снах.

8. Техники интерпретации защит – специалист отмечает и интерпретирует защиты пациента, раскрывая их подоплеку.

В процессе взаимодействия основной акцент делается на субъективном восприятии человеком ситуации болезни, а также на аутентичных отношениях «специалист – пациент».

Прогнозируемым результатом является реактивное снижение ЭН и формирование навыков минимального экзистенциального анализа.

Формирование навыков минимального экзистенциального анализа позволяют человеку в ситуации тяжелого хронического заболевания с высоким уровнем неопределенности длительности жизни самостоятельно регулировать ЭН за счет рассуждения и дифференциации наличия и выраженности витальной угрозы здесь и сейчас.

Применимо к ситуации онкологического заболевания можно сформулировать четыре вопроса: в безопасности ли я именно сейчас; что мне нравится в моей жизни сейчас; принимаю ли я ценность моей жизни вне зависимости от того, что со мной происходит сейчас; каковы главные смыслы в моей жизни сейчас. У каждой личности свои ответы на эти вопросы.

Задача медицинского психолога помочь найти и закрепить навык фокусирования внимания пациента на том, что в любых объективно трудных обстоятельствах есть воодушевляющие моменты.

Следует помнить, что формирование навыков экзистенциального анализа не является первым шагом в работе психолога с пациентом. Первым шагом является снижение ЭН, которое достигается инициацией отреагирования, то есть признанием и раскрытием реакций горя у пациента.

Психодинамическое направление

При выявлении 2-й фазы динамики психического состояния пациента (трехфазная модель профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010)) допустимо применять элементы метода психодинамической терапии (ПДТ).

На 2-ю фазу динамики адаптации указывает запрос пациента, формулируемый как потребность в овладении навыками контроля своего состояния либо жалобы на коммуникативные затруднения. В 1-й фазе у пациента запрос не формулируется, а терапевтический эффект достигается за счет инициации отреагирования сверхсильного эмоционального напряжения пациента. Наличие условного запроса на обретение новых навыков сообщает специалисту о спонтанном преодолении 1-й фазы.

Следует помнить, что выбор метода также зависит от профессиональных предпочтений и подготовленности специалиста в рамках определенного подхода.

Психодинамическая терапия – это метод в рамках психодинамического подхода, согласно которому психические процессы определяются самостоятельной динамикой

сил психики, а не внешними обстоятельствами или разумом и волей человека. Основой психодинамической терапии (ПДТ) является вербальное общение специалиста, направленное на снижение эмоционального напряжения у пациента. Межличностные отношения, формирование доверия между пациентом и психологом приобретают в краткосрочной ПДТ особое значение и требуют особых коммуникативных навыков специалиста.

В ситуации дистресса актуализируются механизмы психологической защиты, которые имеют бессознательную природу. Бессознательные защитные психические механизмы обеспечивают снижение уровня тревоги за счет компенсации, утраты человеком эффективного контроля в угрожающей жизненной ситуации.

При этом защитные механизмы могут формировать искажение восприятия действительности, препятствуя нормальной адаптации к угрожающей жизни ситуации, связанной с болезнью, и активной деятельности пациента. К активации защитных механизмов могут приводить как противоречивые тенденции самой личности, так и рассогласованность сложившейся субъективной картины мира человека и поступающей извне информации.

Целью применения метода ПДТ для онкологических пациентов является профилактика дезадаптации за счет специфического обращения к бессознательному содержанию психики пациента, минимального анализа внутреннего конфликта, обострившегося в состоянии дистресса.

При оказании психологической помощи при онкологическом заболевании применяются краткосрочные методы ПДТ с использованием отдельных техник психоанализа. Определяющей задачей ПДТ является инициация у пациента осознанного решения актуального затруднения (инсайт). Инсайт является результатом бессознательной мыслительной деятельности как ответа на направленное взаимодействие специалиста. Инсайт запускает механизм осознания пациентом причин собственного ЭН и особенностей взаимоотношений с другими людьми. Инсайт позволяет раскрыть потенциал реализации актуальных потребностей пациента социально допустимым способом.

В краткосрочном подходе сессия ПДТ строится по принципу “одна встреча – одна мишень интервенции”, то есть проработки одной актуальной проблемы пациента, которая касается межличностных отношений в ситуации заболевания. Иногда консультирование направлено на осознание пациентом собственных ценностей и идеалов или осознание и устранение разрыва между «я реальный» и «я идеальный», переориентирование мыслей, чувств и жизненных планов. Направленность консультирования зависит от выявленного запроса пациента.

Следует помнить, что вне зависимости от содержательной направленности консультации в ядре восприятия онкологического заболевания содержится прямая витальная угроза.

Фундаментальные принципы психодинамического подхода – осознание мотивов, фиксаций, защитных механизмов и способов поведения (неосознаваемого материала), а также принятие адекватной и реалистической интерпретации – лежат в основе экстренной кризисной помощи, что обеспечивает устойчивый терапевтический эффект. Ограничение во времени задает фокус оказания помощи на одном актуальном для пациента конфликте, характеризующем переживание актуальной психотравмирующей ситуации.

Дистресс, то есть чрезвычайное эмоциональное напряжение, характерное для ситуации психотравмы, связан с регрессией.

Важно! Специалист может инициировать ретроспективную сверку переживаний с ранними стадиями развития пациента, но не может настаивать на обязательном использовании этой техники. Цель краткосрочной психологической помощи –

стимулирование отреагирования трудных чувств, а не исследование анамнеза жизни пациента. Специалист в значительно меньшем объеме, нежели психоаналитик в обычной практике, исследует прошлое пациента, ограничиваясь аспектами, которые привносит сам пациент.

При оказании психологической помощи пациенту на стационарном лечении применяется краткий сбор анамнеза жизни пострадавшего человека. Беседа строится таким образом, чтобы ее мишенью оставался контекст актуальной психотравмирующей ситуации.

При оказании психологической помощи в стационаре можно говорить о преимуществах концепции эгопсихологии, когда акцент ставится на развитии адаптивных функций Эго и усилении роли Эго в сознательном решении проблем и принятии решений. Задачи эгопсихологии хорошо сочетаются с задачами экстренной психологической помощи:

- приспособление пациента к реальности,
- помощь пациенту в осознании своих желаний и в создании возможности контролировать ситуацию и управлять своими импульсами.

Техники психодинамической терапии

К основным техникам психодинамической терапии в онкологическом стационаре относят:

1. Создание безопасного для пациента пространства с гарантией отсутствия оценки и последствий.
2. Свободная ассоциация: пациенту предлагается сообщить терапевту свои истинные чувства и мысли.
3. Интерпретация: позволяет осознать внутриличностный конфликт пациента, предъявленный в ходе взаимодействия.
4. Поощрение инсайта: безоценочное принятие чувств и импульсов пациента.
5. Распознавание табуированных импульсов: вскрытие и отреагирование скрытых враждебных чувств пациента.
6. Анализ сновидений: содержание сновидения, предъявленного пациентом, анализируется или интерпретируется на предмет скрытых значений, лежащих в основе мотивов и других изображений.

Техники наблюдения и анализа специалистом, которые обычно не подлежат обсуждению с пациентом в краткосрочном подходе:

1. Выявление причинно-следственных связей между симптомом и системой отношений человека.
2. Распознавание сопротивления: анализ и интерпретация специалистом сопротивления (психический механизм, препятствующий проникновению в бессознательное и обналичиванию вытесняемого переживания), наблюдаемого у пациента.
3. Распознавание переноса и контрпереноса: анализ и интерпретация отношений, возникающих в ходе терапии между пациентом и специалистом.

Таким образом, оказание экстренной и плановой психологической помощи пострадавшему человеку в рамках психодинамического подхода представляет собой психологическое вмешательство, во время которого, посредством использования психоаналитических концепций и техник консультант способствует процессу осознания пациентом причин его психологических затруднений и изменения собственных убеждений относительно актуальной психотравмирующей ситуации.

Когнитивно-поведенческое направление

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) представляет собой краткосрочную, сфокусированную на навыках саморегуляции психологическую коррекцию, направленную на изменение неадаптивных эмоциональных реакций. Элементы КПТ эффективны при оказании краткосрочной психологической помощи онкологическому пациенту на стационарном лечении. Проблематика когнитивно-поведенческой терапии обращена к взаимосвязи психического дискомфорта и дисфункционального стереотипного мышления. Пересмотр дисфункциональных убеждений влияет на эмоциональную и мотивационно-поведенческую сферы личности. Выработка конструктивных навыков поведения, в свою очередь, позволяет регулировать эмоциональное состояние и формировать конструктивные мысли.

Метод КПТ основан на обращении к сознанию пациента с целью переработки предвзятого отношения к происходящим событиям в более конструктивное отношение. Современная тенденция подчеркивает, что эффект КПТ достигается за счет изменения отношения человека к неадаптивному мышлению, а не изменений в самом мышлении.

Наблюдения показывают, что методы КПТ эффективны во 2-й фазе динамики психического состояния пациента, когда человек обучается жить в условиях ситуации выраженной объективной или субъективной витальной угрозы, и у него спонтанно формируется активная реабилитационная позиция (трехфазная модель профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010)). На 2-ю фазу динамики адаптации указывает запрос пациента, формулируемый как потребность в овладении навыками контроля своего состояния либо жалобы на коммуникативные затруднения. Следует помнить, что выбор метода (экзистенциальный, когнитивно-поведенческий, психодинамический) также зависит от профессиональных предпочтений и подготовленности специалиста в рамках определенного подхода.

Цель когнитивно-поведенческой терапии состоит в побуждении у человека конструктивного отношения к конкретной рассматриваемой ситуации, например, ситуации болезни.

К задачам КПТ относят построение беседы, направленной на осознание влияния мыслей на эмоции и поведение, а также выявление негативных автоматических мыслей. Автоматические мысли – это мысли, которые мозг прокручивает настолько быстро, что они не успевают стать осознанными, но успевают вызвать эмоции и отразиться на мотивационно-поведенческих аспектах. Исследование и дальнейшее отслеживание негативных автоматических мыслей и поддерживающих и опровергающих их аргументов, позволяет человеку научиться заменять ошибочные когниции на более рациональные мысли.

У онкологических пациентов особенно часто происходит обнаружение дезадаптивных убеждений, формирующих благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок. Когнитивными ошибками называют сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы, непосредственно вызывающие когнитивные искажения, например, произвольные умозаключения, сверхобобщение, избирательное абстрагирование, преувеличение и преуменьшение, персонализация, максимализм (дихотомичное мышление), долженствование, предсказывание, чтение мыслей, наклеивание ярлыков. В свою очередь, схемы – это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, то есть система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию.

Выявление и опровержение когнитивных ошибок позволяет человеку лучше адаптироваться к изменениям, обусловленным ситуацией онкологического заболевания.

Краткосрочная психологическая помощь в условиях стационара в зависимости от особенностей лечения предполагает 3-5 встреч, каждая из которых описывается как повторная психологическая консультация. В ходе повторной психологической консультации в рамках КПТ психолог и пациент обсуждают выявленные в ходе взаимодействия дезадаптивные убеждения в рамках ситуации болезни. Специалист выделяет те дезадаптивные убеждения, которые в большей степени провоцируют состояние тревожности на данном этапе течения заболевания, поясняя, как шаблонное деформирующее восприятие реальности влияет на поведенческие реакции, настроение и образ мышления. Совместно с пациентом составляется программа проработки навыков саморегуляции. Далее пациент самостоятельно прорабатывает представленные способы саморегуляции. Результаты этой проработки обсуждаются на следующей консультации.

Техники КПТ, направленные на формирование навыков саморегуляции, позволяют корректировать ЭН за счет выявления подсознательных умозаключений, формирующих стереотипизацию действий пациента.

В первую очередь используют следующие технологии: переоценка, децентрация, декатастрофизация и сократовский диалог. Целью использования указанных технологий является смягчение интенсивности эмоций за счет переоценки значимости отдельных аспектов психотравмирующего события.

Если соматическое состояние, запрос и заинтересованность пациента позволяет организовать 3-5 встреч, целесообразно подключать такие технологии как: дневник самонаблюдения, когда пациент самостоятельно ведет ежедневный учет происходящего по определенной в ходе занятия теме, записывает дату и время, суть воздействия травмирующей ситуации, по возможности интенсивность эмоций, и автоматические мысли; также составление адекватной реалистичной программы действий пациента с фиксацией на конкретных условиях и поэтапных сроках выполнения задач и упорядочивание по значимости предполагаемых последствий травмирующей ситуации.

В рамках метода, по выбору специалиста, ориентирующегося на выявленные методом наблюдения особенности личности пациента, можно применять техники смены ролей, построения графиков, взвешивание достоинств и недостатков существующих вариантов решения конкретного затруднения, а также уместные метафоры, образы, цитаты для активации сферы воображения пациента.

Перечисленные технологии применяются в ходе занятия с пациентом и предлагаются к самостоятельному использованию в перерывах между занятиями, на следующем занятии обсуждаются результаты самостоятельного применения оговоренных технологий.

Важно помнить, что оказание психологической помощи онкологическому пациенту на этапе стационарного лечения носит гибкий подход. В ходе представления технологий для самостоятельной проработки необходимо информировать пациента, что у него есть право не заниматься самостоятельно, а потренировать оговоренные навыки на следующем занятии под наблюдением специалиста. Такое информирование позволяет снизить потенциальное чувство вины у пациента, который в силу разных причин не смог выполнять «домашнее задание».

Методы КПТ представляют собой «ориентированную на проблему» и «ориентированную на действие» форму психологической помощи, что позволяет в сжатые сроки преодолеть конкретные трудности восприятия ситуации болезни, связанные с воздействием психотравмирующей ситуации. Базовые принципы КПТ во многом перекликаются с принципами экстренной кризисной интервенции, что обеспечивает устойчивый терапевтический эффект.

Открытая группа психологической помощи

Групповая психотерапия – это форма психотерапии, при которой специально созданная группа людей регулярно встречается под руководством психотерапевта или клинического психолога, для достижения таких целей как разрешение внутренних конфликтов, снятие напряжения, коррекции отклонений в поведении и иной психотерапевтической работы.

Открытая группа психологической помощи (ОГПП) относится к расширенной концепции групповой психотерапии и может включать в себя любой процесс помощи, происходящий в группе – поддержку, обучение навыкам (например, управление гневом или концентрацией внимания, обучение релаксации или социальным навыкам). В открытой группе допускается постоянное изменение состава участников. Открытая группа относится к краткосрочным формам психотерапии, но может действовать неограниченное время.

Ключевым условием работы в открытой группе является психологическая безопасность, обеспечиваемая ведущим группы, то есть возможность участников группы взаимодействовать без межличностных рисков. Психологическая безопасность участников ОГПП обусловлена универсальностью проблемы и формированием группового запроса. Участие в группе предоставляет возможность сопоставить опыт себя и других, осознать нормативность переживания беспомощности, отчужденности, других тягостных чувств в трудной жизненной ситуации. Безопасность взаимодействия в ОГПП создает благоприятную среду для расширения репертуара межличностного взаимодействия участников группы.

Феномен группы и основной терапевтический фактор, когда все участники испытывают чувство принадлежности, принятия и признания друг друга, то есть сплоченность, формируется в ОГПП онкологических пациентов за счет достаточно высокого уровня психического напряжения участников в ситуации дистресса. В ситуации пролонгированного дистресса осознание того, что человек способен стать ответственным за свою жизнь и последствия своих решений формируется быстро. Так как переживание облегчения эмоционального напряжения (катарсис) через свободное и раскованное выражение эмоций участников группы в обстановке безопасности и понимания. Быстрое достижение участниками ОГПП более высокого уровня понимания происхождения своих проблем и бессознательных мотиваций (самопонимание), лежащих в основе поведения, также обусловлено феноменом пролонгированного дистресса.

В ОГПП роль ведущего является более активной, направляющей, поддерживающей по сравнению с другими видами групповой психотерапии. Например, такие ключевые факторы как доверие и сплоченность могут не успеть спонтанно сформироваться в достаточной мере. Работа над сплочением в открытой группе требует дополнительных усилий ведущего группы.

На этапе формирования группового запроса участники часто сообщают, что испытывают потребность узнать экспертное мнение ведущего и фактическую информацию от других членов группы. Участники ОГПП бессознательно отождествляют группового терапевта и других членов группы со значимыми другими (множественный перенос). Интерпретации терапевта помогают участникам группы понять и пересмотреть интерактивные паттерны взаимоотношений.

Вовлеченность и имитация эмоционального состояния значимого участника группы (чаще ведущего группы) включает феномен подражательного поведения остальных участников. Например, возможность делиться личными чувствами, проявлять заботу и поддерживать других.

Ощущение и осознание взаимовыручки в группе стимулируется ведущим с целью повышения самооценки каждого участника и подкрепления навыков межличностного общения.

Эффективность ОГПП в условиях стационара обусловлена гомогенностью состава участников – пациентов с онкологической патологией на этапе стационарного лечения, и ориентацией на конкретные, близкие для всех участников темы. При этом, участники имеют разные онкологические заболевания и могут находиться на разных этапах лечения. Наблюдения показывают, что смешанность нозологий и опыта протекания болезни не снижают, а повышают эффективность процесса. Ведущий строит терапевтическое взаимодействие таким образом, что каждый участник может быть вдохновлен или воодушевлен другим участником группы, уже преодолевшим сложные периоды жизни в ситуации заболевания.

Отбор пациентов, нуждающихся в психологической помощи, не производится. Пациенты получают информацию о возможности, месте, времени и продолжительности получения психологической помощи в ОГПП при первичной консультации медицинского психолога и на основании информирования мульти дисциплинарной бригадой, лечащим врачом, врачом-реабилитологом. Информированные пациенты могут обращаться самостоятельно.

Психологическая помощь пациентам в ОГПП производится путем коррекции уровня ЭН пациентов за счет терапевтического контакта, формирования у участников представлений о методах саморегуляции ЭН пациента, ревизии отношения к проблемам, трудностям и навыкам решения проблем, повышение понимания себя и реальности в условиях онкологического заболевания.

При выявлении сверхсильного эмоционального напряжения ведущему необходимо применить техники экстренной психологической помощи (КИ). При наличии стабильной активности допустимо предоставление психообразовательной информации и экспертного мнения ведущего в рамках компетентности специалиста и по запросу группы участников ОГПП. Прогнозируемым результатом является снижение ЭН и формирование более конструктивного отношения к ситуации заболевания у участников ОГПП.

Численность участников ОГПП 2-10 человек. Продолжительность занятия зависит от количества участников – от 60 до 90 минут.

Процедуру проводит медицинский психолог, устойчиво владеющий навыками и соблюдающий принципы ведения ОГПП.

В установленное время пациенты собираются в специально оборудованном для групповых занятий кабинете.

В ходе проведения ОГПП последовательно проводится круговое обсуждение по следующим направлениям: знакомство; введение групповых норм; выявление запроса группы; проработка запроса; подведение итогов; планирование и завершение встречи.

В ходе работы с группой ведущий осуществляет следующие задачи:

- инициация отреагирования чувств пациентов;
- короткое исследование восприятия пациентами ситуации, включенной в групповой запрос;
- прояснение картины восприятия;
- дифференциация чувств пациентов с обоснованием правомочности любых чувств, которые пациент подтверждает или демонстрирует;
- мягкая конфронтация с иррациональными установками пациентов;
- выделение индивидуальных ресурсов и фиксация внимания пациентов на них;
- равномерное распределение активности пациентов;
- предоставление пациентам экспертного мнения в рамках своей профессиональной компетентности (исключительно по запросу самих пациентов);

Ведущий отслеживает динамику ЭН пациентов методом наблюдения.

В соответствии с динамикой ЭН пациентов ведущий принимает решение о применении техник дальнейшего взаимодействия.

Завершение работы в ОГПП последовательно включает ряд задач:

- предупреждение о завершении данной встречи;
- оценка эффективности воздействия и подведение итогов занятия;
- перепроверка наблюдаемой динамики ЭН пациентов;
- краткое обсуждение плана дальнейшего взаимодействия;
- фиксация внимания пациентов на положительных изменениях эмоционального состояния как результате участия в ОГПП;
- информирование о дате и времени следующего занятия.

Запись об участии пациента в ОГПП в МКСП включает:

- дату и продолжительность проведения занятия;
- тему занятия;
- оценку активности пациента, его эмоциональной пластичности, наличие у него внутренних и внешних ресурсов;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- рекомендацию повторного посещения занятия, или индивидуальной психологической консультации (открытой или с датой приема) при наличии показаний.

Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

Дополнительные методы оказания психологической помощи человеку в ситуации онкологического заболевания

Как уже упоминалось выше, онкологические заболевания существенно отличаются от иных заболеваний. Эти отличия влияют на выбор методов психологической реабилитации. В большинстве случаев мишенью психологической реабилитации (консультирования, коррекции, сопровождения) становится восприятие ситуации заболевания пациентом и его ближайшим окружением. В таком случае основным методом повторной психологической консультации становится направленная беседа в рамках выбранного психологом подхода (см. Часть I).

Психолог использует дополнительные методы психологической реабилитации, которые не носят универсальный характер и обусловлены конкретными состояниями. Так, например, при ампутации конечности, сопровождающейся формированием фантомной боли (ФБ), применяются стандартные методы купирования ФБ. При поражениях в области головы и шеи, следствием которых наблюдаются механические повреждения речи целесообразно дифференцировать нарушение ВПФ от эмоционального нарушения – дезадаптации в ситуации повреждения.

При повреждении высших психических функций (восприятие, память, мышление, речь), которые также могут наблюдаться при первичных или вторичных поражениях головного мозга, применяются элементы стандартных методов нейропсихической реабилитации (Приложение 3).

Первичная нейропсихическая диагностика применяется по назначению врача (Приложение 4).

При явлениях дезадаптации обычно применяют методы, направленные на стабилизацию ЭН, представленные выше, а при выявлении трудностей вербализации ЭН

у пациента, целесообразно применять метод нервно-мышечной релаксации.

Важно помнить: в ходе коррекционной работы следует задавать локус концентрации внимания не на проблеме человека – онкологическом заболевании (она может оказаться неразрешимой), а на нем самом, на непреходящей ценности его «Я», в какой бы ситуации пациент ни оказался (Чулкова/Вагайцева, 2017)

Метод нервно-мышечной релаксации

Нервно-мышечная релаксация – это неинвазивный метод, применяемый с целью расслабления пациента, стабилизации его психоэмоционального состояния за счет восстановления гомеостаза путем уравнивания напряжения симпатической и парасимпатической систем. Показаниями к применению метода являются: психоэмоциональное возбуждение без признаков нарушения сознания и всесторонней ориентации, тревожно-депрессивные состояния, нарушения сна, болевой синдром. Показания устанавливаются в ходе первичной психологической консультации. Тогда же определяется возможность (отказ, изменение состояния) и время проведения процедуры.

Нервно-мышечная релаксация (НМР) включает ряд упражнений, направленных на снижение нервной активности за счет сократительного напряжения скелетной мускулатуры. НМР позволяет стабилизировать эмоциональное состояние, то есть совокупность психического и эмоционального статуса больного, определяющего доминанту в его форме психической адаптации к актуальным условиям среды, тех пациентов, которые в меньшей степени склонны к стабилизации эмоционального состояния вербальными методами (направленная беседа).

Критерии выбора применения метода: значительная выраженность ЭН на уровне тела – субъективно ощущаемое напряжение мышц, ощущение скованности, визуально определяемое подергивание, тремор конечностей, учащенное дыхание и сердцебиение.

При выявлении в ходе первичной консультации перечисленных состояний психолог может предложить провести сеанс НМР №1 как дополняющий кризисную интервенцию метод.

При повторном посещении также можно проводить сеансы НМР №1 и/или №2 (приложение 7).

Следует учитывать, что НМР №2 не применяется у пациентов в раннем послеоперационном периоде.

При выявлении у пациента с ампутацией конечности страха выполнения движений применяется метод предварительной визуализации действия (приложение 4).

Метод зеркальной терапии

Зеркальная терапия (далее – ЗТ) – метод двигательной реабилитации пациента после ампутации конечности – относится к группе методов нейropsychологической коррекции.

ЗТ проводится в раннем послеоперационном периоде в комплексе коррекции фантомно-болевого синдрома (далее – ФБС).

ФБС является следствием актуализации образов сенсомоторной памяти, которые возникают в связи с тем, что участок сенсорной коры после прекращения поступления к нему информации о конечности с периферии, продолжает реагировать на различные стимулы, которые прежде его возбуждали. Таким образом, актуализируются различные мнемические следы, воспроизводящие ложную ощущаемость отсутствующей конечности. Иными словами, пациент продолжает ощущать как собственно утраченную конечность, так и дополнительный дискомфорт, вызываемый воздействием посторонних предметов (ползание мухи, скольжение одеяла) и иные ощущения: сдавливание, расправление, жжение, зуд, покалывания, выкручивание, боль.

Для того, чтобы прекратить актуализацию образов сенсомоторной памяти,

необходимо стимулировать сенсорную кору иным способом, путем зрительного обмана создать иллюзию безболезненного движения конечности. Используя метод ЗТ, сначала мы снимаем оттормаживание задних корешков спинного мозга методом замещения болевых ощущений от фантомной конечности безболевыми с помощью задействования зеркальных нейронов при проведении моторной и сенсорной стимуляции здоровой отражаемой конечности. Метод направлен на формирование устойчивого визуального восприятия актуального абриса тела. Таким образом, сенсорная кора, получая стимуляцию извне, больше не нуждается в том, чтобы актуализировать мнемические следы сенсомоторной памяти. Для закрепления эффекта коррекции ФБС в ходе занятия психолог обучает пациента самостоятельному применению всех техник зеркальной терапии.

Критерием выбора метода ЗТ является наличие у пациента фантомных ощущений и болей.

Процедура может проводиться в палате, в кабинете психолога при наличии кровати, кушетки или стула и переносного зеркала, оптимальный размер которого 35 см в ширину и 50 см в высоту.

Условия проведения процедуры:

- наличие здоровой парной конечности;
- отсутствие применения наркотических анальгетиков и эпидуральной анестезии (нейропсихологическая коррекция неэффективна)
- результат субъективной оценки пациентом степени выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в настоящий момент не превышает 5 баллов.

В случае соблюдения указанных условий психолог после знакомства информирует пациента о механизмах формирования ФБС и о принципе работы ЗТ. Методом наблюдения психолог ориентируется в особенностях личности пациента: типе мышления, понятийном аппарате, специфике речи, актуальной устойчивости концентрации внимания. Исходя из наблюдения, психолог рассказывает о процедуре с той или иной степенью простоты. Например, «голова еще помнит свою ногу, мы будем переучивать голову». Либо: «определенные центры головного мозга отвечают за каждую часть нашего тела. Нам предстоит переобучить конкретный центр воспринимать новую реальность. Делать мы будем следующее...». Далее на понятном для конкретного пациента языке психолог рассказывает о применении зеркала и отвечает на актуальные для конкретного пациента вопросы. Психолог предоставляет минимальную информацию, не опережая потребность в ней пациента. Если пациент не склонен к расспросам, психолог методом наблюдения отслеживает динамику эмоционального состояния, применяя необходимые методы для стабилизации эмоционального напряжения пациента. Информировать пациента о его праве остановить процедуру на любом этапе, в том числе и в связи с усилением болевого синдрома.

По завершении информирования психолог получает устное согласие пациента на проведение процедуры ЗТ и приступает к её проведению.

Следует учитывать, что ощущение дискомфорта по ВАШ 2-3 балла неизбежны при проведении ЗТ. При усилении дискомфорта у пациента процедура останавливается. Пациент отдыхает и получает рекомендации самостоятельного проведения процедуры ЗТ 4-5 часов спустя.

Важно! При возникновении боли в послеоперационной области в связи с положением сидя/полулежа (для пациентов после ампутации/экзартикуляции нижней

конечности) или другом недомогании пациента процедуру следует остановить и оценить боль по ВАШ.

В зависимости от устойчивости эффекта упражнения (1-3 недели), можно переходить ко второму – фронтальному способу работы с зеркалом. фронтальный способ работы с зеркалом направлен на формирование актуальной схемы (абриса) тела пациента. При этом зеркало располагается таким образом, чтобы пациент мог видеть здоровую конечность и культю. Пациент смотрит в зеркало, самостоятельно осуществляет движения здоровой конечностью, по желанию прикасается к культе. Психолог проводит первую процедуру и дает рекомендации к самостоятельному применению. При необходимости пациент может обратиться амбулаторно.

Время проведения процедуры 10-20 минут.

В завершении каждой процедуры коррекции ФБС психолог предлагает пациенту оценить по ВАШ степень выраженности фантомных ощущений/болей, договаривается о следующем визите и дает рекомендации самостоятельного применения метода для закрепления результата. Специалист наблюдает и корректирует самостоятельное выполнение процедуры пациентом первые три дня после начала применения процедуры, и далее раз в два дня до выписки пациента. Убедившись в том, что пациент может выполнять представленные процедуры самостоятельно, психолог рекомендует *самостоятельно применять* процедуру ЗТ 3-4 раза в день.

В методических рекомендациях представлены основные методы оказания психологической помощи онкологическим пациентам на этапе госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интеграция психотерапевтических подходов в общий стандарт оказания помощи онкологическим больным на сегодняшний день становится неотъемлемой частью комплексного лечения и восстановления пациентов. Методы психологической коррекции играют ключевую роль в поддержке пациентов с онкологическими заболеваниями и направлены на коррекцию эмоциональных и психологических последствий диагноза тяжелого хронического заболевания с выраженной витальной угрозой.

Онкологическое заболевание не только воздействует на физическое здоровье пациента, но и вызывает широкий спектр эмоциональных реакций, включая страх, тревогу, горе и чувство утраты. В этом контексте техники разных психотерапевтических подходов, таких как психодинамическая, экзистенциальная, когнитивно-поведенческая терапия, а также телесно-ориентированная и арт-терапия, становятся инструментами коррекции дезадаптивных реакций.

Онкопсихология изучает специфические аспекты психического здоровья людей, борющихся с раком, способствует развитию и внедрению эффективных методов для поддержки как самих пациентов, так и их близких. Системный подход в оказании психологической помощи онкологическому пациенту и его семье позволяет не только стабилизировать эмоциональное состояние пациентов, но и повысить комплаентность к лечению, улучшить качество жизни и опосредованно положительно повлиять на процесс восстановительных мероприятий после окончания основного противоопухолевого лечения. Важным аспектом психологической помощи в онкологии является информирование пациентов и их близких о физических и эмоциональных состояниях, способах самопомощи, что активно влияет на дестигматизацию онкологического заболевания и повышает уровень осведомленности и ответственности пациента в процессе лечения и после выхода в ремиссию.

Стандартизация методов работы медицинского психолога позволяет создать общепринятые протоколы и рекомендации, которые обеспечивают высокое качество психологической поддержки для всех пациентов с учетом их индивидуальных особенностей и стадии заболевания.

Стандарты оказания психологической помощи (операционных процедур) предоставляет профессионалам ориентиры и инструменты, позволяющие обеспечить единый уровень обслуживания. Это особенно важно в условиях, когда психоэмоциональные потребности пациентов могут значительно варьироваться. Стандарты, включающие научно обоснованные методы и подходы, интегрирующие данные последних исследований в области психотерапии и онкопсихологии обеспечивают повышение эффективности психотерапии в онкологии.

Наличие стандартов позволяет систематически мониторить результаты психотерапевтической помощи, анализировать их и вносить необходимые коррективы, что существенно необходимо для постоянного совершенствования методов работы и оценки влияния психологической помощи на общее состояние пациентов.

Стандартизированные подходы к психологической помощи могут способствовать повышению осведомленности общественности о важности психоэмоциональной поддержки для пациентов с онкологическими заболеваниями, что в свою очередь способствует снижению стигмы и моральных предрассудков, связанных с диагнозом.

Стандартизация подхода к оказанию психологической помощи в онкологии не только повышает качество предоставляемой помощи, но и создает условия для более эффективного и комплексного подхода к лечению, что неизменно ведет к улучшению качества жизни пациентов, повышению их удовлетворенности от лечения и поддержанию психоэмоционального благополучия на всех этапах онкологического заболевания. Внедрение таких стандартов в рутинную практику онкологического

учреждения может обеспечить онкологическим больным полное и всестороннее внимание к индивидуальной потребности в поддержке эмоционального благополучия в ситуации тяжелого хронического заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бажин, Е.Ф. О психогенных реакциях у онкологических больных / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов // Журн. Невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1980, №8, С.1198-1204.
2. Бажин, Е.Ф. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. М.: Смысл, 1993. – 16 с.
3. Бажин, Е.Ф. Медико-психологические проблемы онкологической клинки / Е.Ф. Бажин, Д.П. Березкин, А.В. Гнездилов, и др. Психология и медицина, под ред. В.М. Банщикова // Л., 1978, С.220-224.
4. Блинов, Н.Н. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения/ Н.Н. Блинов, Е.В. Демин, В.А. Чулкова// Вопросы онкологии. 1989, Т. 35. №6, С.643-648.
5. Блинов, Н.Н., Комяков, И.П., Шиповников, Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии. - 1990, №8, С.966-969.
6. Блинов, Н.Н. Пути повышения качества жизни онкологических больных / Н.Н. Блинов, А.С. Припутин, В.А. Чулкова // Вопр. онкол., 1993, №7-12, С.277-282.
7. Блинов, Н.Н. Роль психотерапии в повышении качества жизни онкологических больных/ Н.Н. Блинов, Чулкова В.А. // Пособие для врачей. СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 1998. -19с.
8. Бочаров, В.В. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии/ В.В. Бочаров, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, А.М. Ялов// Вестник СПбГУ, Сер. 12, вып.1, 2010, С.9-17.
9. Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., Кондратьева К. О. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов//Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1. – № 3. – С. 40–43. doi: 10.36425/2658 6843–2019–3-40–43.
10. Володин, Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Петров Д.С. Исследование мотивационной структуры личности депрессивных и онкологических пациентов // Рос.медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2004. – N 3-4. – С.12-17.
11. Гришина Н. В. Экзистенциальная психология: учебник/Н. В. Гришина. – Санкт-Петербург: СПбГУ, 2018. – 494 с. – ISBN 978–5 288–05782–3.
12. Демин, Е.В., Гнездилов, А.В., Чулкова, В.А. Психоонкология: становление и перспективы развития // Вопросы онкологии, 2011, №1, С.86-91.
13. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова // СПб.: «Сенсор», 1999. - 76с.
14. Исурина, Г.Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели / Г.Л. Исурина // Клиническая психология: Хрестоматия. СПб.: Питер, 2000. - С. 250-261.
15. Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского // СПб.: Питер, 2002. - 960с.
16. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1974.-С. 199-201.
17. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского- 2-е изд.- Ростов н/Д.: Феникс, 1998. - 568с.
18. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л.Леви.: Медицина, 1970. - 328с. – С.178-208.
19. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. Изд. 2-е и перераб. и доп. // М.: Медицина, 1984. 272с.

20. Ленге А. Эмоции и экзистенция / Альфред Ленге // пер. с нем., Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007, -332с.
21. Леонтьев Д.А. Внутренний мир личности: психология личности в трудах отечественных психологов / Д.А. Леонтьев // СПб., 2000, С.372-377.
22. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и атрогенные заболевания / Р.А. Лурия. 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112с.
23. Мастерство психологического консультирования. (Под ред. А.А. Бадхена, А.М.Родиной) // СПб.: «Европейский Дом», 2002. – 183с.
24. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич // М.: Медпресс-информ, 1998. -592с.
25. Мясищев, В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды/ В.Н. Мясищев; под редакцией А.А. Бодалева // М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: МОДЭК, 1998. -368с.
26. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с. ISBN 978-5-9908557-4-8
27. Осипова, А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002 – 510с.
28. Петров, Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии // Л.,1947,- 48с.
29. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / сост. В.А. Абабков и др. //- СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. - 21с.
30. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / [Хрусталёва Н. С., Антонова Д. В., Беглер А. М. и др.]; под редакцией д-ра психол. наук, проф. Н. С. Хрусталёвой; Санкт-Петербургский государственный университет. – Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та, сор. 2018. – 747 с.: ил., портр., табл.: 25 см.; ISBN 978-5-288-05830-1.
31. Психоонкология (обзор исследований) Levin,W.D. Kissane. (США). [Эл. ресурс] – URL: http://www.help-patient.ru/psychological_help/psychologists/library/001.pdf
32. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарский // СПб.: Питер Ком, 1998. -752с.
33. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн // 4-е издание, С.-П.: «Питер», 2000. 712с.
34. Тодд Дж., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии. – Пер. с англ. // СПб.: Сова М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 768с.
35. Франкл, В. Человек в поисках смысла: сборник: пер. с англ. и нем. / В. Франкл // М.: Прогресс, 1990. - 368с.
36. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия // М.: Независимая фирма «Класс», 1999. -576с.
37. Holland J. C. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care/J. Holland, M. Watson, J. Dunn//Psycho-Oncology, Vol. 20, № 7, 2011. – P. 677–680

ПРИЛОЖЕНИЯ


Приложение 1

Перечень стандартов оказания психологической помощи онкологическим пациентам на стационарном лечении

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

- 1) СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»;
- 2) СОП «Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»;
- 3) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии»;
- 4) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов психодинамической терапии»;
- 5) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии»;
- 6) СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»;
- 7) СОП «Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении методом визуализации»;
- 8) СОП «Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении методом зеркальной терапии»;
- 9) СОП «Нейропсихологическая диагностика пациентов на стационарном лечении»;
- 10) СОП «Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении в открытой группе психологической помощи»;
- 11) СОП «Оценка психологической готовности пациента к профилактической операции»;
- 12) СОП «Оценка реабилитационного потенциала пациента медицинским психологом во время госпитализации».

СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		144-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 6	
Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	4
8.	Необходимые ресурсы	4
9.	Перечень записей и правила их ведения	4
10.	Алгоритм выполнения процедуры	5
11.	Действия во внештатных ситуациях	6
12.	Приложения	6

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры оказания первичной психологической консультации пациентам на стационарном лечении.

2. Общие сведения о процедуре «Первичная психологическая консультация пациента на стационарном лечении»:

2.1. Отбор пациентов, нуждающихся в психологической помощи, производится в МИС на основании назначений лечащего врача, врача-реабилитолога по результатам анализа бланков скрининга «Шкала самооценки интенсивности переживаний онкологического больного» (Приложение 1).

2.2. Первичная психологическая консультация производится с целью оценки и коррекции уровня ЭН пациентов.

2.3. Задачами первичной психологической консультации являются:

- ознакомление с МКСП;
- знакомство с пациентом;
- оказание экстренной психологической помощи (КИ) либо исследование эмоционального статуса и анамнеза жизни пациента (КПБ);
- подбор индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.4. Методы регуляции ЭН:

- Кризисная интервенция (КИ) - это экстренная и неотложная психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пациента к адаптивному уровню функционирования, предотвращение психопатологии, снижение негативного воздействия травматического события (заболевания). Применение КИ определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пациента.

- Клинико-психологическая беседа КПБ – это метод, направленный на изучение отношения к болезни и социально-психологической ситуации пациента. В ее основу положены данные научной литературы и опыта психодиагностической и психокоррекционной работы с онкологическими больными. Структура клинической беседы включает в себя клинический, социальный и отражающий субъективное отношение к заболеванию блоки (Приложение 2). Сведения, полученные в ходе КПБ, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
- Локальные нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Клинико-психологическая беседа	Полуструктурированное экспресс-интервью, позволяющее выявить уровень эмоционального напряжения человека в ситуации болезни
2.	Кризисная интервенция	Экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
3.	Направленная беседа	Психологический вербально-коммуникативный метод, заключающийся в ведении тематически направленного диалога между психологом и респондентом с целью получения сведений от последнего
4.	Отреагирование	Эмоциональная разрядка, абреакция (англ. Abreaction) – вид бессознательного защитного механизма психики, «разряжающий» внутреннее напряжение через активные действия
5.	Психотерапия	Система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее на весь организм человека
6.	Психологическая адаптация	Процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
7.	Психологическая реабилитация	Система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания
8.	Суггестивные техники	Внушение, суггестия (лат. Suggestio) – психологическое воздействие на сознание человека, особо сформированные словесные (но иногда и эмоциональные) конструкции

9.	Терапевтическое слушание	Активное слушание, эмпатическое слушание – способ, применяемый в практике психотерапии, позволяющий точнее понимать психологические состояния, чувства, мысли собеседника с помощью особых приемов участия в беседе
10.	Тревога	Эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КИ	Кризисная интервенция
КПБ	Клинико-психологическая беседа
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НБ	Направленная беседа
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 **Оборудование:** АРМ с установленным ПО МИС

8.2 **Прочие:** МКСП, блокнот, ручка

9. Перечень записей и правила их ведения: запись о проведении первичной психологической консультации в МКСП:

- Время и место проведения консультации;
- оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
- уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- интеллектуально-мнестический статус;
- наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
- нарушения ночного сна и аппетита;
- уровень приверженности лечению;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- оценка эффективности проведенной процедуры;
- рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); назначение или отмена препаратов коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом ФИО (при необходимости); повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1 Заберите заполненные бланки самооценки ЭН, рассмотрите назначения в МИС.

10.2 Изучите МКСП пациентов, которым посещение психолога назначил врач.

10.3 Постройте оптимальный маршрут посещения пациентов.

10.4 Установите первичный контакт с пациентом:

- назовите имя, отчество и фамилию пациента;
- приветствуйте пациента, обратившись по имени и отчеству;
- назовите свои имя, отчество, фамилию и должность;
- объясните причину своего визита;
- получите устное согласие на вмешательство;
- оцените уровень ЭН пациента методом наблюдения (визуально, аудиально);
- примите решение о дальнейшем взаимодействии в соответствии с уровнем ЭН пациента – КИ или КПБ.

10.5 Методы и техники взаимодействия. *Выбор методов и техник (Приложение 3) осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру.*

- Кризисная интервенция (КИ) (*основные принципы применения КИ: краткосрочность, реалистичность, личностная вовлеченность профессионала*):

- дифференцируйте чувства пациента и обоснуйте правомочность любых чувств, которые пациент подтверждает или демонстрирует;

- иницируйте отреагирование чувств пациента;

- исследуйте восприятие ситуации пациентом;

- проясните картину восприятия, выделите мишени экстренного коррекционного воздействия;

- мягко конфронтуйте с иррациональными установками;

- выделите ресурсы пациента и фиксируйте внимание пациента на них;

- предоставьте пациенту экспертное мнение в рамках своей профессиональной компетентности (исключительно по запросу самого пациента);

- Клинико-психологическая беседа (КПБ). *КПБ опирается на разработанную структуру (Приложение 2), включает элементы КИ, при этом строится свободно в зависимости от особенностей личности пациента. КПБ способствует улучшению адаптации пациента к ситуации болезни, а также позволяет построить индивидуальную программу эмоциональной реабилитации пациента.*

10.6 Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения.

10.7 Примите решение о применении техник дальнейшего взаимодействия в соответствии с динамикой ЭН пациента (Приложение 3).

10.8 Примените выбранные техники.

10.9 Завершите первичную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;

- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;

- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;

- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;

- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.

- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.10 Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.11 Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.12 Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение 1

ШКАЛА САМООЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Бланк самооценки интенсивности переживаний Уважаемый ПАЦИЕНТ!

Пожалуйста, заполните эту карточку и отдайте врачу

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Возраст _____



На данной шкале отметьте уровень Ваших переживаний, переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними: связанных с болезнью, лечением и изменениями жизни в связи с ними:

«0» - переживаний нет

«8» - очень сильно переживаю

Нужна ли Вам помощь психолога в стационаре? «ДА» «НЕТ»

Приложение 2

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

Направленная беседа состоит из клинического, социально-демографического, психологического блоков. Беседа проводится в форме «Вопрос – ответ». Пациент имеет возможность обсуждения заданного вопроса, специалист может задавать уточняющие и проясняющие вопросы в процессе обсуждения. При затруднении пациента описать свои чувства специалист может предложить выбор вариантов ответа на данный вопрос.

Структура клинико-психологической беседы

Клинический блок

- возраст пациента, стаж и этап заболевания, способ лечения

Социальный блок

- социальное положение, состав семьи, продолжительность брака, уровень образования, трудовой статус пациента

Отношение к болезни

- отношение к диагнозу (характер эмоциональной реакции на постановку диагноза, качество имеющейся информации о заболевании);
- отношение к лечению (отношение к диагнозу и страхи с ними связанные, отношение к врачу);
- субъективное восприятие болезни (самый трудный период заболевания, субъективная оценка ресурсов, текущего самочувствия);
- изменение отношения к болезни на разных этапах заболевания;
- отношение в семье (ожидание поддержки от близких, характер изменений отношений в семье, по мнению больного);
- отношения с окружающими (наличие трудностей в сообщении о своем диагнозе другим людям, характер изменений отношений со значимыми другими, по мнению больного, изменение социального функционирования);
- отношение к жизни (характер изменения отношения к жизни в связи с заболеванием, установка на будущее).

Приложение 3

Техники психологической коррекции

Составьте программу индивидуальной психологической коррекции для онкологических пациентов, учитывая особенности целевой группы, фазу динамики эмоционального состояния пациента, а также особенности этапа течения заболевания и возраста пациента.

Задачи этапа:

- диагностика эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов отношения к болезни пациента для построения индивидуального плана психологической коррекции;
- реактивное снижение уровня ЭН.

Техники психологической коррекции:

- опрос;
- терапевтическое слушание, вербализация состояния, называние и нормализация переживаний, утилизация негативных переживаний, формулирование проблемы, элементы суггестии;
- информирование по запросу в пределах компетентности специалиста;
- представление техник саморегуляции: устные, мысленные, письменные аффирмации; переключение внимания; активное взаимодействие с выделенным переживанием; рассуждение; правильное сравнение; визуализация; релаксация;
- выбор и апробирование техники саморегуляции для самостоятельного использования пациентом;
- формирование конструктивного убеждения относительно нормативности реагирования на происходящее;
- обсуждение сессии;
- обсуждение актуального эмоционального состояния;
- формирование плана встреч;
- обсуждение ближайших планов лечения пациента с оцениванием в позитивном ключе «все настолько хорошо, насколько это возможно в данных условиях».

Особенностью психологического сопровождения/коррекции онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

Время работы зависит от состояния пациента - от 20 до 50 минут;


Прогнозируемый результат: реактивное снижение ЭН.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

Приложение 3

СОП «Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		159-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
			Страница	Стр. 1 из 5
Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	4
8.	Необходимые ресурсы	5
9.	Перечень записей и правила их ведения	5
10.	Алгоритм выполнения процедуры	5
11.	Действия во внештатных ситуациях	6
12.	Приложения	7

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры оказания повторной психологической консультации пациентам на стационарном лечении.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1. Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, врача-реабилитолога (по результатам обсуждения МДБ), медицинского психолога в первичной консультации пациентов на стационарном лечении.

2.2. Повторная психологическая консультация производится с целью оценки динамики и коррекции уровня ЭН пациентов.

2.3. Задачами повторной психологической консультации являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- оказание экстренной психологической помощи (КИ) либо коррекция ЭН пациента;
- формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.4. Методы регуляции ЭН.

- Кризисная интервенция (КИ) – это экстренная и неотложная психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пациента к адаптивному уровню функционирования, предотвращение психопатологии, снижение негативного воздействия травматического события (заболевания). Применение КИ определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пациента;

- методы, направленные на осознанное принятие ответственности и аутентичности переживаний пациента (СОП «Коррекция ЭН с использованием метода ЭТ»);

- методы, направленные на купирование/нивелирование психогенных реакций, контейнирование переживаний и разрядку ЭН (СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода ПДТ»);

- методы, направленные на изменения убеждений и поведение, вызывающие невротические и другие патологические состояния (СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода КПТ»);

- методы, направленные на стабилизацию ЭН за счет управления мышцами тела (СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»);

- методы, направленные на исследование нейродинамического статуса пациента (СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода нейропсихологической коррекции»);

Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

2.5. Особенностью психологического сопровождения/коррекции/стабилизации онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

2.6. Время работы зависит от соматического состояния пациента - от 20 до 50 минут;

2.7. Прогнозируемый результат: реактивное снижение ЭН, формирование навыков саморегуляции.

3. **Место применения:** Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. **Участники процесса:** медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Локальные нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Кризисная интервенция	Экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
2.	Когнитивно-поведенческая терапия	Комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией
3.	Направленная беседа	Психологический вербально-коммуникативный метод, заключающийся в ведении тематически направленного диалога между психологом и респондентом с целью получения сведений от последнего
4.	Нейропсихологическая коррекция	Комплекс специальных психологических методик, которые направлены на реструктурирование нарушенных функций мозга и создание компенсирующих средств для дальнейшего самостоятельного обучения и контроля своего поведения

5.	Отреагирование	Эмоциональная разрядка, абреакция (англ. Abreaction) – вид бессознательного защитного механизма психики, «разряжающий» внутреннее напряжение через активные действия
6.	Психодинамическая терапия	Различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т.п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и, таким образом, воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека
7.	Психотерапия	Система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее на весь организм человека
8.	Психологическая адаптация	Процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
9.	Психологическая коррекция	Система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье
10.	Психологическая реабилитация	Система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания
11.	Суггестивные техники	Внушение, суггестия (лат. Suggestio) – психологическое воздействие на сознание человека, особо сформированные словесные (но иногда и эмоциональные) конструкции
12.	Телесно-ориентированная терапия	Направление психотерапии, работающее с проблемами и неврозами пациента через процедуры телесного контакта.
13.	Терапевтическое слушание	Активное слушание, эмпатическое слушание – способ, применяемый в практике психотерапии, позволяющий точнее понимать психологические состояния, чувства, мысли собеседника с помощью особых приемов участия в беседе
14.	Тревога	Эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются
15.	Экзистенциальная терапия	Направление в психотерапии, ставящее целью подвести пациента к осмыслению своей жизни, осознанию своих жизненных ценностей и изменению своего жизненного пути на основе этих ценностей, с принятием полной ответственности за свой выбор

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КИ	Кризисная интервенция
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
ПКР	Психологическая коррекция
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НБ	Направленная беседа
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПДТ	Психодинамическая терапия
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ТОТ	Телесно-ориентированная терапия
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1. Оборудование: АРМ с установленной ПО МИС

8.2. Прочие: МКСП, блокнот, ручка

9. Перечень записей и правила их ведения: запись о проведении повторной психологической консультации в МКСП:

- время и место проведения консультации;
- оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
- уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- интеллектуально-мнестический статус;
- наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
- нарушения ночного сна и аппетита;
- уровень приверженности лечению;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- результаты оценки ОРП в динамике;
- оценка эффективности проведенной процедуры;
- рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); назначение или отмена препаратов коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом ФИО (при необходимости); повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры

Проанализируйте запись первичной консультации пациента на стационарном лечении, рассмотрите назначения в МИС. Сформируйте список посещения пациентов на стационарном лечении для повторного психологического консультирования.

10.1. Изучите в МИС МКСП соматический статус пациента.

10.2. Постройте оптимальный маршрут посещения пациентов.

10.3. При посещении пациента установите контакт с пациентом:

- приветствуйте пациента, обратившись по имени и отчеству;
- назовите свои имя, отчество, фамилию и должность;
- объясните причину своего визита;
- получите устное согласие на вмешательство;
- в процессе общения оцените уровень ЭН пациента методом наблюдения (визуально, аудиально);
- примите решение о дальнейшем взаимодействии в соответствии с динамикой ЭН пациента (руководствуйтесь Приложением 1).
- в соответствии с динамикой ЭН пациента примените техники выбранного метода согласно СОП:
 - СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» в части КИ;
 - СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии»
 - СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов психодинамической терапии»
 - СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии»
 - СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»
 - СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода нейропсихологической коррекции».

10.4. Примените техники выбранного метода.

10.5. Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения.

10.6. Завершите повторную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.7. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.8. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.9. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение 1

Основные принципы оказания психологической помощи онкологическим пациентам

1.1. Цель: адаптация к изменениям, обусловленным течением заболевания.

1.2. Принципы психологической коррекции: личностный, каузальный, принцип комплексного подхода, принцип деятельностного подхода. Определяющим принципом является принцип биомедицинской этики.

1.3. Задачи: оценка и стабилизация уровня эмоционального напряжения; освоение навыков саморегуляции эмоционального напряжения пациента.

1.4. Методы:

1) СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» - КИ;

2) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии»;

3) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов психодинамической терапии»;

4) СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии»;

5) СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»;

6) СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода нейропсихологической коррекции».

1.5. Выбор метода оказания психологической помощи основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010).

Трехфазная модель опирается на концепцию представления об онкологическом заболевании, как экстремальной ситуации и психологическом кризисе. В 1-ой фазе психолог создает безопасные условия для проявления и выражения сильных чувств, вследствие чего эмоциональное напряжение больного снижается (1), что способствует принятию болезни пациентом не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне. Во 2-ой фазе с помощью различных психологических методов (2, 4, 3, 5, 6) больной обучается жить в условиях болезни, формируется его активная позиция по отношению к лечению и выздоровлению. В 3-ей фазе больной через обращение к аутентичности приходит к новой личностной интеграции, происходит изменение и реконструкция его личности, благодаря чему разрешается психологический кризис больного (2, 3, 4, 5). Следует учитывать, что деление на фазы условно, и что динамика переживаний пациента может не совпадать с этапом течения заболевания.

1.6. Мишень: риск дезадаптивного эмоционального реагирования на ситуацию заболевания.


1.7. Прогнозируемый результат: формирование у онкологических пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию.

1.8. Программа психологической коррекции строится свободно с учетом выявленных особенностей личности, особенностей отношения к болезни и особенностей соматического состояния пациента. Психокоррекционный комплекс включает в себя стандартные блоки, такие как диагностический, установочный, коррекционный, и блок оценки эффективности воздействия. Следует помнить, что в рамках сверхкороткого подхода беседа может носить экспресс-диагностический и, одновременно, экспресс-коррекционный характер.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		170-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 5	
<p align="center">Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода экзистенциальной терапии</p>				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения	Кабинет заведующего отделением, ординаторская (допускается электронный вариант хранения)			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса	2
5.	Нормативные ссылки	3
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	4
8.	Необходимые ресурсы	4
9.	Перечень записей и правила их ведения	4
10.	Алгоритм выполнения процедуры	4
11.	Действия во внештатных ситуациях	5
12.	Приложения	5

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры стабилизации эмоционального напряжения пациентов, находящихся на стационарном лечении (далее - пациентов) с использованием метода экзистенциальной терапии.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1. Цель: адаптация пациентов к изменениям, обусловленным течением заболевания.

2.2. Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, врача-реабилитолога (по результатам обсуждения МДБ), медицинского психолога в первичной консультации пациентов на стационарном лечении.

2.3. Выбор метода оказания психологической помощи основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010). СОП «Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении».

2.4. Задачами психологической консультации с использованием методов ЭТ с целью стабилизации ЭН являются:

- ознакомление с текущими записями МКСБ;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- оказание психологической помощи пациенту;
- формирование у пациента навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН.
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.5. Метод экзистенциальной терапии – это динамический подход, фиксирующий на базисных проблемах существования индивидуума – смерть, свобода, изоляция и смысл (Приложение 1).

2.6. Техники регуляции ЭН в рамках метода экзистенциальной терапии (Приложение 2):

- техники конфронтации;
- техники интерпретации защит;
- техники экспозиции;
- техники переосмысления;
- техники реализации потребности;
- техника фасилитации принятия решений;
- техники восполнения потребностей.

2.7. Особенностью психологического консультирования онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

2.8. Время работы зависит от соматического состояния пациента - от 20 до 50 минут;

2.9. Прогнозируемый результат: реактивное снижение ЭН, формирование навыков минимального экзистенциального анализа.

2.10. Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса: медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
- Локальные нормативные документы (актуальная версия).

8. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Континуум	непрерывная совокупность, длительность и последовательность психических процессов
2.	Кризисная интервенция	экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
3.	Психологическая адаптация	процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
4.	Психологическая стабилизация	система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование устойчивой и постоянной социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье
5.	Психологическая реабилитация	система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания
6.	Тревога	эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются

7.	Фасилитация	профессиональная организация процесса (чаще группового) прояснения и достижения поставленных целей, направленная организация обсуждения, позволяющая рассмотреть все точки зрения на ситуацию
8.	Фрустрация	психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности; возникает в ситуациях, когда удовлетворение потребности наталкивается на непреодолимые или трудно преодолимые препятствия
9.	Экзистенциальная терапия	направление в психотерапии, ставящее целью подвести пациента к осмыслению своей жизни, осознанию своих жизненных ценностей и изменению своего жизненного пути на основе этих ценностей, с принятием полной ответственности за свой выбор

9. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КИ	Кризисная интервенция
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1. **Оборудование:** АРМ с установленной ПО МИС

8.2. **Прочие:** МКСП, блокнот, ручка

9. Перечень записей и правила их ведения: запись о проведении коррекции эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода экзистенциальной терапии в МКСП:

- время и место проведения консультации;
 - оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
 - уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
 - наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
 - интеллектуально-мнестический статус;
 - наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
 - нарушения ночного сна и аппетита;
 - уровень приверженности лечению;
 - кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
 - результаты оценки ОРП в динамике;
 - оценка эффективности проведенной процедуры;
 - рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости);
- назначение или отмена препаратов коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом ФИО (при необходимости); повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры.

В ходе взаимодействия с пациентом (первичная и повторная консультация) примите решение о применении метода ЭТ.

10.1. Примените техники выбранного метода, основываясь на актуальной для самого пациента области обсуждения (Приложение 2).

10.2. Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения:

- в случае нарастания ЭН пациента действуйте в соответствии с СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» в части КИ.

10.3. Завершите психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.4. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.5. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.6. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение 1

Содержание метода экзистенциальной терапии для онкологических пациентов

1.1. Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов экзистенциальной терапии основана на модели психопатологии, согласно которой тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на эти четыре данности: смерть, свобода, изоляция и смысл (бессмысленность) (И. Ялом). Внутренние конфликты, формирующиеся в континууме «потребность – угроза потребности» порождают фрустрацию и тревогу и инициируют включение бессознательных защитных механизмов психики индивида.

1.2. Экзистенциальный подход рассматривает два типа механизмов психологической защиты, которые могут быть как бессознательными, так и вполне осознанными.

Первый тип -традиционные механизмы психической защиты – проекция, интроекция, отрицание, идентификация и др.;

второй тип специфические механизмы защиты от каждого из четырех основных беспокойств:

1) *смерть* – отрицании смерти – вера в свою исключительность (иррациональная вера в собственное бессмертие и неприкосновенность – при недостаточном развитии этого защитного механизма могут развиваться такие клинические синдромы, как маниакальный героизм, «трудоголизм», отсутствие ощущения времени, самовлюбленность, стремление к власти и контролю);

- вера в спасителя («придет на помощь в последний момент» – религиозность, клиническая форма – угроза психологической зависимости от определенного человека);

2) *свобода* – модулятор тревоги (принятие ответственности за свою жизнь, свои действия и неудачи при совершении действий. Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают индивиду избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь:

- компульсивность – (бессознательное табуирование свободы, перекладывание ответственности на иррациональную непобедимую силу)

- перенос ответственности – избегание личной ответственности с переносом ее на других;

- отрицание ответственности посредством утраты контроля – регресс на фоне эмоционального перенапряжения;

- отрицание ответственности – выраженный с истероидный тип личности («безвинные жертвы» событий, которые они сами постоянно бессознательно провоцируют);

- избегание автономного поведения – представления о пути изменений сформированы, но ЭН блокирует их применение на поведенческом уровне;

- расстройство (беспорядочность) желаний и решений – хаотичное принятие решений, рассогласованных с подлинными мотивами индивида.

3) *изоляция* – возникновение межличностной изоляции может быть обусловлено недостаточным развитием социальных навыков, наличием психических отклонений, собственным выбором или необходимостью. Используя механизмы защиты от тревоги, связанной с изоляцией, люди не относятся к другим как к самим по себе, а используют их для защиты себя:

- попытка утвердить себя в глазах других – потребность в получении одобрения других;

- слияние с другим индивидом или группой – непереносимость чувства «отдельности», утрата ощущения и слабая дифференциация собственных потребностей;

- компульсивная сексуальность – партнер воспринимается как объект, а не субъект отношений, невозможность установления доверительных отношений;

4) *смысл - бессмысленность жизни:*

- компульсии – накопление денег, получение максимального удовольствия, абсолютной власти, полного признания, высшего статуса и т. п., которые рано или поздно заканчиваются сомнениями и разочарованием в результатах;
- уход – занять и структурировать время (хобби, споры, семейные ссоры, общественная и политическая деятельность, «самосовершенствование» и т. п.)
- нигилизм – пренебрежение ко всем источникам смысла, которые другие находят в своей жизни (например, к любви, альтруизму, религиозному служению и т. п.).

Приложение 2

Техники экзистенциальной терапии


1. Техники конфронтации – направление внимания и обсуждение с пациентом предъявленных самим пациентом тем: смерти, ответственности, одиночества, смысла. Специалист может вносить свое мировоззрение в обсуждение данных вопросов или ссылаться на мнение экзистенциальных философов.
2. Техники интерпретации защит – специалист отмечает и интерпретирует защиты пациента, раскрывая их подоплеку.
3. Техники экспозиции – специалист помогает пациенту смоделировать экзистенциальные данности и столкнуться с ними.
4. Анализ сновидений – рассматриваются не с позиции вытесненной сексуальности, а с позиции экзистенциальных проблем, которые часто прослеживаются во снах.
5. Техники переосмысления – если саму данность нельзя изменить, можно пересмотреть отношение к этой данности, например тяжелой хронической болезни.
6. Техники реализации потребности – специалист старается раскрыть чувства и переживания пациента, освободить его от различных блоков, которые не позволяют эти желания выразить, найти способ более адекватной реализации потребностей.
7. Техника фасилитации принятия решений – специалист помогает человеку проанализировать, какие решения он уже принял, какие может принять и как они могут повлиять на жизнь пациента.
8. Техники восполнения потребностей – специалист использует контакт и встречу с пациентом, чтобы восполнить потребности, которые пациент не смог реализовать ранее.

Основной акцент делается на субъективном восприятии индивидом ситуации болезни, а также на аутентичных отношениях «специалист – пациент».

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов психодинамической терапии»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		171-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	<i>Стр. 1 из 4</i>	
Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода психодинамической терапии				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант хранения)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	3
8.	Необходимые ресурсы	3
9.	Перечень записей и правила их ведения	4
10.	Алгоритм выполнения процедуры	4
11.	Действия во внештатных ситуациях	5
12.	Приложения	5

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры стабилизации эмоционального напряжения пациентов, находящихся на стационарном лечении (далее - пациентов) с использованием метода психодинамической терапии.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1. Цель: адаптация пациентов к изменениям, обусловленным течением заболевания.

2.2. Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, врача-реабилитолога (по результатам обсуждения МДБ), медицинского психолога в первичной консультации пациентов.

2.3. Выбор метода оказания психологической помощи (2-я фаза) основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010). Трехфазная модель опирается на концепцию представления об онкологическом заболевании, как экстремальной ситуации и психологическом кризисе. Во 2-ой фазе с помощью различных психологических методов больной обучается жить в условиях болезни, формируется его активная позиция по отношению к лечению и выздоровлению.

2.4. Задачами психологической консультации с использованием методов ПДТ с целью стабилизации ЭН являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- оказание психологической помощи пациенту;
- формирование у пациента навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН.
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.5. Метод ПДТ основан на обращении к бессознательной части психики пациента с целью снижения напряжения внутриличностного конфликта в ситуации дистресса (Приложение 1).

2.6. Техники ПДТ позволяют прояснить бессознательные мотивы и переживания, актуализированные у пациента в ситуации дистресса, и корректировать ЭН (Приложение 2).

2.7. Особенностью психологического консультирования онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

2.8. Время работы зависит от соматического состояния пациента - от 20 до 50 минут;

2.9. Прогнозируемый результат: снижение ЭН пациента.

2.10. Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса: медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Внутренние нормативные документы (актуальная версия)

10. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Дистресс	сверхсильное эмоциональное напряжение
2.	Инсайт	осознание интрапсихического или психодинамического конфликта
3.	Кризисная интервенция	экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
4.	Психодинамическая (психоаналитическая) терапия	метод, направленный на выявление бессознательного содержания психики пациента
5.	Психологическая дезадаптация	нарушение процесса психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
6.	Психологическая стабилизация	система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование устойчивой и постоянной социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье
7.	Тревога	эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются

11. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КИ	Кризисная интервенция
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПДТ	Психодинамическая терапия
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1. **Оборудование:** АРМ с установленной ПО МИС

8.2. **Прочие:** МКСП, блокнот, ручка

9. Перечень записей и правила их ведения: запись о проведении коррекции эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода ПДТ в МКСП:

- время и место проведения консультации;
- оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
- уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемых в диалоге реакции и их обусловленность;
- интеллектуально-мнестический статус;
- наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
- нарушения ночного сна и аппетита;
- уровень приверженности лечению;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- результаты оценки ОРП в динамике;
- оценка эффективности проведенной процедуры;
- рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); назначение или отмена препаратов для коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом ФИО (при необходимости); повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры.

В ходе взаимодействия с пациентом (первичное и повторное консультирование) примите решение о применении метода ПДТ.

10.1. Примените техники выбранного метода, основываясь на актуальной для самого пациента области обсуждения (Приложение 2).

10.2. Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения:

– в случае нарастания ЭН пациента действуйте в соответствии с СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» в части КИ.

10.3. Завершите психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.4. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.5. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.6. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение 1

Содержание метода психодинамической терапии для онкологических пациентов

1. Цель: профилактика дезадаптации за счет обращения к бессознательному содержанию психики пациента, анализа внутреннего конфликта, обострившегося в состоянии дистресса.

2. Задачи

- 1) Инициировать у пациента инсайт.
- 2) Проработать выявленный внутриличностный конфликт (как выявленный конфликт влияет на текущее поведение и на взаимоотношения с другими людьми).
- 3) Найти способы реализации инстинктов и желаний пациента социально допустимым способом.

3. Ключевые понятия

- 1) Эго - часть человеческой личности, которая осознаётся как «Я» и находится в контакте с окружающим миром посредством восприятия.
- 2) Суперэго - сверх-я отвечает за моральные и религиозные установки человека, нормы поведения и моральные запреты и формируется в процессе воспитания человека.
- 3) Ид - набор нескоординированных инстинктивных желаний индивида.
- 4) Перенос - бессознательное перемещение ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявившихся к одному лицу, совсем на другое лицо.
- 5) Контрперенос - испытываемые чувства к пациенту в процессе терапии, реакции специалиста на психическое состояние и поведение пациента.
- 6) Свободная ассоциация - процедура изучения бессознательного, в процессе которого индивидуум свободно говорит обо всём, что приходит в голову,

Приложение 2


Техники психодинамической терапии

1. Свободная ассоциация: пациенту предлагается сообщить терапевту свои истинные чувства и мысли. Создается безопасное пространство с гарантией отсутствия оценки и последствий. Интерпретация услышанного позволяет осознать внутриличностный конфликт пациента, предъявленный в ходе упражнения.
2. Анализ сновидений: содержание сновидения пациента анализируется или интерпретируется на предмет скрытых значений, лежащих в основе мотивов и других изображений.
3. Распознавание сопротивления: анализ и интерпретация специалистом сопротивления (психический механизм, препятствующий проникновению в бессознательное и обналичиванию вытесняемого переживания), наблюдаемого у пациента.
4. Распознавание переноса и контрпереноса: анализ и интерпретация отношений, возникающих в ходе терапии между пациентом и специалистом.
5. Распознавание табуированных импульсов: вскрытие и отреагирование скрытых враждебных чувств пациента.
6. Поощрение инсайта: безоценочное принятие чувств и импульсов пациента.
7. Выявление причинно-следственных связей между симптомом и системой отношений человека.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Стабилизация эмоционального состояния с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		310-СОП-02-06.2025-1	
	Версия	1	Введена в действие	25.06.2025
			Страница	Стр. 1 из 5
Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода когнитивно-поведенческой терапии				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант хранения)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	3
4.	Участники процесса	3
5.	Нормативные ссылки	3
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	3
8.	Необходимые ресурсы	4
9.	Перечень записей и правила их ведения	4
10.	Алгоритм выполнения процедуры	4
11.	Действия во внештатных ситуациях	5
12.	Приложения	6

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры стабилизации эмоционального напряжения пациентов, находящихся на стационарном лечении (далее - пациентов) с использованием метода когнитивно-поведенческой терапии.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1 Цель: адаптация пациентов к изменениям, обусловленным течением заболевания.

2.2 Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, врача-реабилитолога (по результатам обсуждения МДБ), медицинского психолога в первичной консультации пациентов.

2.3 Выбор метода оказания психологической помощи (2-я фаза) основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010). Трехфазная модель опирается на концепцию представления об онкологическом заболевании, как экстремальной ситуации и психологическом кризисе. Во 2-ой фазе с помощью различных психологических методов больной обучается жить в условиях болезни, формируется его активная позиция по отношению к лечению и выздоровлению.

2.4 Задачами психологической консультации с использованием методов КПТ с целью стабилизации ЭН являются:

- ознакомление с текущими записями МКСБ;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- оказание психологической помощи пациенту;
- формирование у пациента навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН.

2.5 Метод КПТ основан на обращении к сознанию пациента с целью переработки предвзятого отношения к происходящим событиям в более конструктивное отношение (Приложение 1).

2.6 Техники КПТ позволяют выявить подсознательные умозаключения, формирующие стереотипизацию действий пациента, и корректировать ЭН (Приложение 2).

2.7 Особенностью психологического консультирования онкологических пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

2.8 Время работы зависит от соматического состояния пациента - от 20 до 50 минут.

2.9 Прогнозируемый результат: формирование навыка сосредотачивания на собственных мыслях и навыка блокировки автоматических, не имеющих общего с реальностью, умозаключений.

2.10 Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса: медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
- СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении».

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Когнитивно-поведенческая терапия	комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией
2.	Кризисная интервенция	экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
3.	Отреагирование	эмоциональная разрядка, абреакция (англ. Abreaction) – вид бессознательного защитного механизма психики, «разряжающий» внутреннее напряжение через активные действия
4.	Психологическая адаптация	процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
5.	Психологическая стабилизация	система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование устойчивой и постоянной социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье
6.	Психологическая реабилитация	система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания

7.	Тревога	эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются
----	---------	---

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСБ	Медицинская карта стационарного больного
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 **Оборудование:** АРМ с установленной МИС

8.2 **Прочие:** МКСБ, блокнот, ручка.

9. Перечень записей и правила их ведения: запись о проведении коррекции эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении с использованием метода КПТ в МКСБ:

- время и место проведения консультации;
 - оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
 - уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
 - наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемых в диалоге реакции и их обусловленность;
 - интеллектуально-мнестический статус;
 - наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
 - нарушения ночного сна и аппетита;
 - уровень приверженности лечению.
 - оценка эффективности проведенной процедуры.
 - рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости);
- назначение или отмена препаратов для коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом ФИО (при необходимости); повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры

В ходе взаимодействия с пациентом (первичное и повторное консультирование) примите решение о применении метода КПТ.

10.1 Примените техники выбранного метода, основываясь на актуальной для самого пациента области обсуждения (Приложение 2).

10.2 Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения:

– в случае нарастания ЭН пациента действуйте в соответствии с СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» в части КИ.

10.3 Завершите психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.4 Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.5 Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

Содержание метода когнитивно-поведенческой терапии для онкологических пациентов**1. Цели КПТ**

- 1) Уменьшение или полное устранение симптомов расстройства.
- 2) Решение психосоциальных проблем пациента.
- 3) Устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение дезадаптивных убеждений и паттернов, коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения.

2. Задачи КПТ

- 1) Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение.
- 2) Научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними.
- 3) Исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, поддерживающие и опровергающие их («за» и «против»).
- 4) Заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли.
- 5) Обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

3. Этапы регуляции ЭН в рамках метода КПТ

- 1) Отреагирование ЭН пациента, создание доверительных отношений между специалистом и пациентом.
- 2) Более подробное обсуждение умозаключений и внешних реакций пациента на раздражители. Специалист выделяет те, которые провоцируют состояние тревожности, и составляет их список., уточняются обстоятельства, при которых чаще всего у пациента возникает беспокойство, и то, как шаблонное деформирующее восприятие реальности влияет на поведенческие реакции, настроение и образ мышления.
- 3) Совместное составление программы упражнений, выполняемых в условиях, которые вызывают повышенную тревожность, закрепление навыков.
- 4) Самостоятельная проработка пациентом представленных способов саморегуляции в перерывах между сессиями.

4. Ключевые понятия

- 1) Схемы. Это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию.
- 2) Автоматические мысли. Это мысли, которые мозг прокручивает настолько быстро, что они не успевают отразиться в словах во внутреннем диалоге, который человек обычно ведёт с самим собой, когда принимает решение. Однако при этом такие мысли успевают вызвать эмоции и влияют на принятие решений.
- 3) Когнитивные ошибки. Это сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы, непосредственно вызывающие когнитивные искажения. Виды: произвольные умозаключения, свехобобщение, избирательное абстрагирование, преувеличение и преуменьшение, персонализация, дихотомичное мышление (максимализм), долженствование, предсказывание, чтение мыслей, наклеивание ярлыков.

Приложение № 2

Техники когнитивно-поведенческой терапии


1. *Записывание мыслей – свободное механическое записывание своих мыслей без редактирования и в ограниченное время (перед и после выполнения выбранного действия).*
2. *Дневник самонаблюдения – ежедневный учет происходящего по определенной в ходе занятия теме. Записываются дата и время, суть травмирующей ситуации, эмоции и их интенсивность, и автоматические мысли, предшествующие эмоциям с оценкой силы их убедительности.*
3. *Отдаление – проработка нефункциональных мыслей по алгоритму «осознание-оценка-отказ».*
4. *Эмпирическая проверка («эксперименты») - проверка результата от демонстрации какой-либо эмоции.*
5. *Переоценка – смягчение интенсивности эмоций за счет переоценки значимости отдельных аспектов психотравмирующего события.*
6. *Децентрация – рассмотрение ситуации с разных позиций.*
7. *Декатастрофизация – развитие до глобальных масштабов неадаптивной мысли пациента с целью последующего обесценивания последствий этой мысли.*

8. *Целенаправленное повторение* – многократное повторение для пациента (индивидуальный подбор формулировки), затем самим пациентом установок, характерных для продуктивного образа мышления.
9. *Использование воображения* – специалист задействует уместные метафоры, образы, цитаты (индивидуальный подбор формулировки) для активации сферы воображения пациента.
10. *Построение графиков зависимости* – для пациентов, склонных к графическому мышлению – построение графика взаимосвязи настроения и автоматических мыслей.
11. *Смена ролей* (между специалистом и пациентом) – задача пациента состоит в убеждении специалиста в дезадаптивном характере выделенных суждений.
14. *План действий на будущее* – составление адекватной реалистичной программы действий пациента с фиксацией на конкретных условиях и поэтапных сроках выполнения задач.
15. *Откладывание идей* – формирование отдаленного плана реализации идеи с фокусировкой на более благоприятных относительно данного периода условиях и фиксации предполагаемой даты.
16. *Прекращение* – выработка у пациента навыка осознанной саморегуляции – в ситуации возникновения навязчивости пациенту следует громким и твердым голосом произнести условную лаконичную команду (индивидуальный подбор формулировки), например: «Прекратить!».
17. *Ранжирование* – упорядочивание по значимости предполагаемых последствий травмирующей ситуации.
18. *Выявление скрытых мотивов* – пациент «все понимает», но поступает неправильно.
19. *Сократовский диалог* – выявление логической ошибки и противоречия в рассуждениях.
20. *Взвешивание достоинств и недостатков* – изучение существующих вариантов решения конкретного затруднения.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		145-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 5	
Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Бортникова Е. Г.		
	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации; отделение опухолей костей, мягких тканей и кожи; ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	2
7.	Необходимые ресурсы	2
8.	Перечень записей и правила их ведения	3
9.	Алгоритм выполнения процедуры	4
10.	Действия во внештатных ситуациях	5
11.	Приложения	6

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении пациенту процедуры по стабилизации психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1 Нервно-мышечная релаксация (НМР) – это неинвазивный метод, применяемый с целью расслабления пациента, стабилизации его психоэмоционального состояния за счет уравнивания симпатической и парасимпатической систем и восстановления гомеостаза. Проводится пациенту, находящемуся на стационарном или амбулаторном лечении. Показания: Психоэмоциональное возбуждение без признаков нарушения сознания и всесторонней ориентации, тревожно-депрессивные переживания, бессонница, болевой синдром. Время проведения процедуры уточняется в процессе первичной психологической консультации пациента и проводится в рамках оказания психологической помощи.

2.2 Задачами проведения зеркальной терапии являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- разъяснения механизма влияния метода НМР;
- обучение пациента самостоятельному применению техники проведения НМР;
- формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.3 Критерии выбора применения метода: значительная выраженность ЭН на уровне тела - субъективно ощущаемое напряжение мышц, ощущение скованности, визуально определяемое подергивание, тремор конечностей, учащенное дыхание и сердцебиение. При выявлении в ходе первичной консультации перечисленных состояний психолог может предложить провести сеанс НМР №1 как дополняющий кризисную интервенцию метод.

При повторном посещении также можно проводить сеансы НМР №1 и/или НМР №2 (Приложение 1). Следует учитывать, что НМР №2 не применяется у пациентов в раннем послеоперационном периоде.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в ОАР, в профильных клинических отделениях, в кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
- Внутренние нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Нервно-мышечная релаксация	процесс выполнения пациентом ряда упражнений, которые снижают нервную активность и сократительное напряжение скелетной мускулатуры
2.	Психоэмоциональное состояние	Совокупность психического и эмоционального статуса больного, определяющего доминанту в его форме психической адаптации к актуальным условиям среды

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НМР	Нервно-мышечная релаксация
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 Оборудование:

- АРМ место с устройством ПО МИС
- кровать (кушетка)

8.2 Расходные медицинские изделия:

- нестерильные перчатки
- простыни однократного применения

8.3 Прочие:

- МКСП
- блокнот
- ручка
- подушка

9. Перечень записей и правила их ведения

Запись в МКСП:

- актуальное психоэмоциональное состояние пациента;
- показания к проведению сеанса нервно-мышечной релаксации;
- отметка о выполнении сеанса нервно-мышечной релаксации;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- оценка эффективности процедуры;
- делается отметка в разделе рекомендации, если требуется повторное проведение процедуры.

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1. Перед выполнением процедуры идентифицируйте пациента.

10.2. Информировать пациента о том, что ему будет проведена процедура расслабления мышц, это способствует стабилизации психоэмоционального состояния. Далее расскажите пациенту, что в процессе процедуры пациент должен лежать на спине, психолог будет накладывать руки на различные части тела пациента, произносить формулы расслабления, если пациент почувствует головокружение либо слабость, то он должен незамедлительно сообщить об этом психологу.

10.3. Предложите пациенту лечь на спину, подложите ему под голову подушку, либо приподнимите головной конец кровати. *При повторном посещении пациента начинайте проведение процедуры с предложения провести нервно-мышечную релаксацию, принять удобное положение, лежа на спине, и при необходимости повторно проинформируйте пациента о правилах и причинах проведения процедуры.*

10.4. Проведите процедуру НМР №1 (рука-диафрагма).

1) Информировать пациента о том, что целью упражнения является стабилизация ЭН. Объясните, что процедура проводится в положении лежа на спине, психолог будет произносить формулы расслабления, одновременно последовательно накладывая ладонь своей руки на определенные части тела пациента. Необходимо предупредить пациента, что в случае изменения состояния – появлении головокружения, слабости – ему нужно будет незамедлительно информировать об этом психолога.

2) Порядок выполнения: после получения согласия пациент ложится на спину, под голову подкладывается подушка, либо приподнимается головной конец кровати.

3) Последовательно произнесите стандартные формулы расслабления: «дышится легко и свободно»; «дыхание спокойное ровное глубокое»; «мышцы постепенно расслабляются, наливаются приятным теплом, мышцы становятся теплыми и мягкими»; «воздух легко проникает в грудную клетку и легко выходит»; «голова становится легкая».

4) При произнесении формул расслабления последовательно накладывайте свою руку на области диафрагм пациента:

- диафрагма малого таза – рука накладывается на низ живота;
- грудобрюшная диафрагма – на область края реберной дуги; диафрагма верхней апертуры грудной клетки – на область ключиц. Допустимо наложение на области диафрагм собственной руки пациента под наблюдением психолога.

5) Если в процессе релаксации используется ладонь пациента, перед началом процедуры продемонстрируйте области наложения ладони.

6) В процессе проведения процедуры учитывайте цикл дыхания пациента таким образом, чтобы смысловые части формулы расслабления совпадали с физиологическим состоянием пациента. Например, произносите “воздух легко проникает в грудную клетку...” на вдохе, а слова “... и легко из нее выходит” произносите на выдохе.

7) Первая зона наложения - диафрагма малого таза, ладонь легко и только под давлением собственного веса, без дополнительных усилий, лежит на области низа живота пациента, в этом положении произносите все указанные формулы расслабления полностью в заданном выше порядке. После этого аккуратно перенесите свою ладонь или информируйте пациента о том, чтобы он перенес свою ладонь на следующую зону - грудобрюшную диафрагму и снова произносит весь набор формул расслабления. Затем этот же цикл повторите с третьей зоной - областью ключиц.

- 8) Время проведения процедуры 3-5 минут.
- 9) После произнесения заключительной формулы расслабления дайте пациенту несколько секунд побыть в состоянии расслабления и после обсудите с пациентом субъективное снижение выраженности ЭН. Если пациент отмечает сохранение высокого уровня напряжения, следует рекомендовать лечащему врачу рассмотреть медикаментозную коррекцию ЭН.
- 10.5. Проинформируйте пациента о повторном посещении.
- 10.6. Завершите повторную психологическую консультацию:
 - предупредите о завершении данной встречи;
 - оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
 - перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
 - кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
 - фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
 - тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.
- 10.7. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.
- 10.8. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.
- 10.9. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Пациент пожаловался на ухудшение самочувствия, головокружение, головную боль, слабость. У пациента наблюдается внезапное побледнение кожных покровов, тремор, судороги, появление испарины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Незамедлительно прекратить проведение сеанса нервно-мышечной релаксации. 2. Вызвать врача 3. До прихода врача приподнять ножной конец. 4. Контролировать состояние пациента до прихода врача

12. Приложения

Приложение 1

Нервно-мышечная релаксация № 2 (прогрессивно-мышечная релаксация)

При повторной консультации по договоренности с пациентом проводится процедура НМР №1. В конце процедуры с пациентом обсуждается, все ли тело расслабляется одинаково. При выявлении части тела, в которой пациенту сложнее было расслабить мышцы, следует предложить выполнить упражнения на прогрессивную нервно-мышечную релаксацию по Джекобсону (ПМР). Данную процедуру можно проводить как в положении лежа, так и в положении сидя.

Следует учитывать, что НМР №2 не применяется у пациентов в раннем послеоперационном периоде.


1. Информируйте пациента о том, что целью упражнения является стабилизация ЭН.
2. Обсудите с пациентом процедуру НМР: пациент лежит на спине либо сидит в удобном положении закрыв глаза, психолог произносит инструкцию, включающую группы мышц, последовательность напряжения и расслабления. Также объясните, что при возникновении ощущений головокружения, слабости, судороге, непривычных болевых ощущениях пациент должен незамедлительно сообщить об этом психологу.
3. Если согласие получено, в положении лежа на спине под голову пациента подкладывается подушка, либо приподнимается головной конец кровати; в положении сидя для соблюдения условий релаксации пациент снимает тугую обувь, убеждается, что одежда не вызывает дискомфортных ощущений; пространство организовывается таким образом, чтобы в помещении было достаточно тихо и не было резких отвлекающих звуков.
4. Порядок проведения:
 Дайте пациенту инструкцию: “Закройте глаза и следуйте за моими инструкциями. Сконцентрируйтесь на дыхании, сделайте 3 глубоких вдоха и выдоха, далее дышите ровно и спокойно. Теперь напрягите доминантную кисть сжав ее в кулак, постепенно усиливайте напряжение согласно тому, как я буду считать от 1 до 10, где 1 – это легкое напряжение, а 10 – максимальное. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 - напряжение максимально и теперь резко расслабьте кисть, почувствовав, как тепло растекается по пальцам, ладони, предплечью, сконцентрируйтесь на состоянии расслабления, дышите глубоко и спокойно”. Производится счет со скоростью одна цифра в секунду. После этого психолог ждет 40 секунд, периодически произнося формулы расслабления. По прошествии 40 секунд расслабления психолог переходит к следующей зоне. Всего таких зон 15.
5. По указанию психолога пациент последовательно напрягает и расслабляет следующие зоны:
 - 1) Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
 - 2) Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.

- 3) Недоминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
 - 4) Недоминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
 - 5) Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
 - 6) Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза кнутри и максимально наморщите нос.
 - 7) Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
 - 8) Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.
 - 9) Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.
 - 10) Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
 - 11) Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
 - 12) Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.
 - 13) Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.
 - 14) Недоминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
 - 15) Недоминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.
 - 16) Недоминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.
6. После завершения релаксации в финальной зоне недоминантной ступни, по прошествии 40 секунд расслабления произнесите завершающую фразу “Сейчас, когда почувствуете готовность, можете открывать глаза. Наша релаксация окончена”.
7. В завершении процедуры запросите у пациента субъективную оценку ЭН; проинформируйте пациента о возможности самостоятельного применения данной методики; при необходимости предложите и назначьте повторную консультацию.
8. Время проведения процедуры 15-20 минут.
- При выявлении у пациента с ампутацией конечности страха выполнения движений применяется метод предварительной визуализации действия.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

**СОП «Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении
методом визуализации»**

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		211-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 3	
Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении методом визуализации				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Бортникова Е. Г.		
	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации; отделение опухолей костей, мягких тканей и кожи; ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	2
7.	Необходимые ресурсы	2
8.	Перечень записей и правила их ведения	2
9.	Алгоритм выполнения процедуры	3
10.	Действия во внештатных ситуациях	3

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении пациенту сеанса визуализации.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1. Визуализация – метод двигательной реабилитации пациента после ампутации конечности.

2.2. Проводится в раннем послеоперационном периоде для лечения фантомно-болевого синдрома.

2.3. Для успешности выполнения какой-либо деятельности требуется формирование образа-представления предполагаемого действия и его конечного результата. Пациенту предлагается сначала представить в деталях действие, которое он планирует совершить, а уже после этого его выполнить, что называется визуализацией деятельности. Таким образом, будет сформирован образ предполагаемого движения с учетом невключения фантомной конечности в работу, и в нервной системе постепенно будут сформированы новые нейронные связи, обеспечивающие паттерны эффективных действий.

2.4. Задачами проведения зеркальной терапии являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- разъяснения механизма влияния метода визуализации;
- обучение пациента самостоятельному применению техники проведения визуализации;
- формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.5. До и после проведения визуализации пациенту предлагается оценить по ВАШ степень выраженности ощущений или болей в фантомной конечности.

2.6. Процедура проводится в соответствии с клиническим состоянием пациента и индивидуальным двигательным режимом (объем предполагаемого движения и его выполнение).

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате отделения опухолей костей, мягких тканей и кожи, в кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Внутренние нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Фантомно-болевой синдром (ФБС)	Нейропатическая боль, которая начинает проявляться во время ампутации при пресечении всех нервов конечности, представляет собой субъективное ощущение существования конечности после её ампутации

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ТОТ	Телесно-ориентированная терапия
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 Оборудование:

- АРМ с устройством ПО МИС
- кровать (кушетка)
- зеркало

8.2 Расходные медицинские изделия:

- нестерильные перчатки
- простыни одноразового применения

8.3 Прочие:

- МКСП
- блокнот
- ручка
- подушка

9. Перечень записей и правила их ведения:

Запись консультации в МКСП (в МИС) и включает:

- оценку степени выраженности ФБС;
- отметку о выполнении сеанса визуализации в соответствии с объемом проведенной процедуры;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- результаты оценки ОРП в динамике;
- оценку эффективности процедуры;
- отметку в разделе рекомендации о повторном проведении процедуры.

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1. Перед выполнением процедуры идентифицируйте пациента.

10.2. Информировать пациента о том, что ему будет проведен сеанс визуализации в связи с профилактикой ФБС, информируйте об объеме предстоящей процедуры.

10.3. Предложите пациенту оценить по визуально-аналоговой шкале выраженность фантомных ощущений/болей на данный момент.

10.4. Проведите с пациентом процедуру нервно-мышечной релаксации согласно СОП.

10.5. Предложите пациенту, не открывая глаза, представить в деталях, подробно процесс присаживания на постели с учетом того, что конечность отсутствует.

Дальнейший объем процедуры (действия с 6 по 12 пункт включительно) проводите в соответствии с индивидуальным двигательным режимом пациента.

10.6. Предложите пациенту присесть на постели.

10.7. Предложите пациенту в положении сидя представить с закрытыми глазами в деталях, подробно процесс вставания с постели с учетом того, что конечность отсутствует.

10.8. Предложите пациенту встать с постели.

10.9. Предложите пациенту снова присесть на постель.

10.10. Проведите нервно-мышечную релаксацию согласно СОП в положении сидя.

10.11. Предложите пациенту, не открывая глаза, представить в деталях, подробно процесс вставания с постели и движения в сторону двери палаты и обратно с учетом того, что конечность отсутствует.

10.12. Предложите пациенту открыть глаза, подняться и пройти по палате в сторону двери, вернуться назад и присесть на постель.

10.13. По окончании предложите пациенту повторно оценить по визуально-аналоговой шкале выраженность фантомных ощущений/болей на данный момент.

10.14. Проинформируйте пациента о повторном посещении.

10.15. Завершите повторную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.16. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.17. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.18. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.


11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Пациент пожаловался на ухудшение самочувствия, головокружение, головную боль, слабость.	1. Незамедлительно прекратить проведение сеанса визуализации 2. Вызвать врача 3. Контролировать состояние пациента до прихода врача

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

**СОП «Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении
методом зеркальной терапии»**

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		198-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 4	
Психологическая реабилитация пациентов на стационарном лечении методом зеркальной терапии				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Бортникова Е. Г.		
	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации; отделение опухолей костей, мягких тканей и кожи; ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	2
7.	Необходимые ресурсы	2
8.	Перечень записей и правила их ведения	2
9.	Алгоритм выполнения процедуры	3
10.	Действия во внештатных ситуациях	3

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении пациенту сеанса визуализации.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1. Визуализация – метод двигательной реабилитации пациента после ампутации конечности.

2.2. Проводится в раннем послеоперационном периоде для лечения фантомно-болевого синдрома.

2.3. Для успешности выполнения какой-либо деятельности требуется формирование образа-представления предполагаемого действия и его конечного результата. Пациенту предлагается сначала представить в деталях действие, которое он планирует совершить, а уже после этого его выполнить, что называется визуализацией деятельности. Таким образом, будет сформирован образ предполагаемого движения с учетом невключения фантомной конечности в работу, и в нервной системе постепенно будут сформированы новые нейронные связи, обеспечивающие паттерны эффективных действий.

2.4. Задачами проведения зеркальной терапии являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- разъяснения механизма влияния метода визуализации;
- обучение пациента самостоятельному применению техники проведения визуализации;
- формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

2.5. До и после проведения визуализации пациенту предлагается оценить по ВАШ степень выраженности ощущений или болей в фантомной конечности.

2.6. Процедура проводится в соответствии с клиническим состоянием пациента и индивидуальным двигательным режимом (объем предполагаемого движения и его выполнение).

3. **Место применения:** Данный СОП используется медицинским психологом в палате отделения опухолей костей, мягких тканей и кожи, в кабинете отделения реабилитации.

4. **Участники процесса (исполнители):** медицинский психолог

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Внутренние нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Фантомно-болевого синдром (ФБС)	Нейропатическая боль, которая начинает проявляться во время ампутации при пресечении всех нервов конечности, представляет собой субъективное ощущение существования конечности после её ампутации

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ТОТ	Телесно-ориентированная терапия
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 Оборудование:

- АРМ с устройством ПО МИС
- кровать (кушетка)
- зеркало

8.2 Расходные медицинские изделия:

- нестерильные перчатки
- простыни одноразового применения

8.3 Прочие:

- МКСП
- блокнот
- ручка
- подушка

9. Перечень записей и правила их ведения:

Запись консультации в МКСП (в МИС) и включает:

- оценку степени выраженности ФБС;
- отметку о выполнении сеанса визуализации в соответствии с объемом проведенной процедуры;
- кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ;
- результаты оценки ОРП в динамике;
- оценку эффективности процедуры;
- отметку в разделе рекомендации о повторном проведении процедуры.

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1. Перед выполнением процедуры идентифицируйте пациента.

10.2. Информировать пациента о том, что ему будет проведен сеанс визуализации в связи с профилактикой ФБС, информируйте об объеме предстоящей процедуры.

10.3. Предложите пациенту оценить по визуально-аналоговой шкале выраженность фантомных ощущений/болей на данный момент.

10.4. Проведите с пациентом процедуру нервно-мышечной релаксации согласно СОП.

10.5. Предложите пациенту, не открывая глаза, представить в деталях, подробно процесс присаживания на постели с учетом того, что конечность отсутствует.

Дальнейший объем процедуры (действия с 6 по 12 пункт включительно) проведите в соответствии с индивидуальным двигательным режимом пациента.

10.6. Предложите пациенту присесть на постели.

10.7. Предложите пациенту в положении сидя представить с закрытыми глазами в деталях, подробно процесс вставания с постели с учетом того, что конечность отсутствует.

10.8. Предложите пациенту встать с постели.

10.9. Предложите пациенту снова присесть на постель.

10.10. Проведите нервно-мышечную релаксацию согласно СОП в положении сидя.

10.11. Предложите пациенту, не открывая глаза, представить в деталях, подробно процесс вставания с постели и движения в сторону двери палаты и обратно с учетом того, что конечность отсутствует.

10.12. Предложите пациенту открыть глаза, подняться и пройти по палате в сторону двери, вернуться назад и присесть на постель.

10.13. По окончании предложите пациенту повторно оценить по визуально-аналоговой шкале выраженность фантомных ощущений/болей на данный момент.

10.14. Проинформируйте пациента о повторном посещении.

10.15. Завершите повторную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.16. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.17. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.18. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.


11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Пациент пожаловался на ухудшение самочувствия, головокружение, головную боль, слабость.	1. Незамедлительно прекратить проведение сеанса визуализации 2. Вызвать врача 3. Контролировать состояние пациента до прихода врача

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Нейропсихологическая диагностика пациентов на стационарном лечении»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		180-СОП-02-06.2025-2	
	Версия	2	Введена в действие	25.06.2025
			Страница	Стр. 1 из 4
Нейропсихологическая диагностика пациентов на стационарном лечении				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Бортникова Е. Г.		
	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации; отделение опухолей костей, мягких тканей и кожи; ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	3
7.	Необходимые ресурсы	3
8.	Перечень записей и правила их ведения	3
9.	Алгоритм выполнения процедуры	3
10.	Действия во внештатных ситуациях	4
11.	Перечень приложений	4

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении пациенту нейропсихологической диагностики.

2. Общие сведения о процедуре:

2.1 Нейропсихологическая диагностика - это психологический метод исследования, проводимый пациентам с ЗНО головного мозга, с целью оценки высших психических функций.

2.2 Задачами проведения нейропсихологической диагностики являются:

- ознакомление с текущими записями МКСП;
- поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- проведение нейропсихологических и патопсихологических проб (определенных заданий и упражнений), которые направлены на оценку:
 - ✓ тактильного, зрительного и слухового гнозиса
 - ✓ понимания логико-грамматических конструкций и способности к выполнению логических задач
 - ✓ памяти, внимания мышления
 - ✓ способности к саморегуляции и самоконтролю;
- оценка показателей организма пациента согласно доменам МКФ.

3. **Место применения:** Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, в профильном клиническом отделении, в кабинете отделения реабилитации.

4. **Участники процесса (исполнители):** медицинский психолог

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Внутренние нормативные документы (актуальная версия).

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Нейропсихологическая диагностика	исследование <u>психических процессов</u> с помощью серий специальных методик и проб. В ходе диагностики определяется морфо-функциональное состояние <u>мозга</u> , квалифицируются нарушения и выявляются количественные характеристики состояния <u>высших психических функций (ВПФ)</u> , происходит их топическое соотнесение с определенными областями мозга.
2.	Патопсихологическая диагностика	это набор специальных приемов и методов, которые помогают специалисту выявить особенности нарушений психической деятельности (внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой и личностной сферы) и степень их выраженности, в целях выявления взаимосвязанных и взаимообусловленных нарушений в работе психики, составляющих патопсихологический симптомокомплекс.

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 Оборудование:

- автоматизированное рабочее место с установленным программным обеспечением МИС

8.2 Прочие:

- МКСП

- набор стимульного материала
- блокнот
- ручка

9. Перечень записей и правила их ведения:

Запись консультации в МКСП (в МИС) включает следующие разделы:

- жалобы пациента;
- актуальное психоэмоциональное состояние пациента;
- перечень проведенных проб;
- протокол проведения исследования;
- заключение: нейропсихологический статус пациента;
- рекомендации по психокоррекции;
- дата повторного консультирования (при необходимости).

10. Алгоритм выполнения процедуры:

10.1. Перед выполнением процедуры идентифицируйте пациента.

10.2. Представьтесь пациенту.

10.3. Информировать пациента о том, что ему будет проведена нейропсихологическая диагностика. Это требуется для оценки работы его высших психических и когнитивных функций, а также для составления программы психокоррекции (если необходимо).

Разъясните пациенту, что он должен ответить на задаваемые вопросы и пройти соответствующие пробы.

10.4. Предложите пациенту присесть.

10.5. Проведите пациенту пробы, одновременно наблюдая за его психоэмоциональным состоянием, речью, моторикой, сознанием, ориентацией в месте, времени и собственной личности, фиксируйте результаты исследования в блокноте.

10.6. Задайте пациенту следующие вопросы:

Как ваше настроение?

Есть ли у вас жалобы?

Есть ли у вас:

- головные боли,
- головокружение,
- нарушение равновесия,
- походки,
- судороги,
- нарушение движений
- ухудшение памяти, внимания
- галлюцинации
- нарушения зрения
- нарушения слуха

Быстро ли вы устаете?

Были ли у вас травмы головы?

Болели ли вы энцефалитом, менингитом?

Были ли у вас инсульты?

Наблюдаетесь ли вы у невролога, психиатра, нарколога?

Есть ли у вас вредные привычки?

Какая у вас ведущая рука?

10.7. Проведите с пациентом следующие пробы для оценки памяти, внимания и мышления:

10.7.1. Проверим вашу память, сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке (см. Приложение 1).

10.7.2. Проверим ваше внимание. На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку.

Покажите и назовите все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно быстрее и без ошибок (см. Приложение 2).

10.7.3. Следующее задание. Я прочту вам 5 слов, одно из них лишнее, назовите, какое именно (см. Приложение 3).

10.8. Проведите с пациентом следующие пробы для оценки зрительно-пространственного, слухового и тактильного гнозиса:

10.8.1. Предложите пациенту назвать предметы, изображенные на картинках (см. Приложение 4).

10.8.2. Предложите пациенту скопировать трехмерные изображения (см. Приложение 5).

10.8.3. Предложите пациенту пересказать басню (см. Приложение 6).

10.8.4. Предложите пациенту опознать на ощупь предметы.

10.8.5. Предложите пациенту повторить фигуру по кинестетическому образцу (см. Приложение 7).

10.9. Проведите с пациентом следующие пробы для оценки способности к решению логических задач и

пониманию логико-грамматических конструкций:

10.9.1. Предложите пациенту решить в уме логическую задачу (см. Приложение 8).

10.9.2. Предложите пациенту решить в уме пример на сложение и вычитание двузначных чисел.

10.10. Проведите с пациентом следующие пробы для оценки способности пациента к саморегуляции и самоконтролю.

10.10.1. Предложите пациенту повторить последовательность жестов (см. Приложение 9).

10.11. Информировать пациента о следующем посещении.

10.12. Завершите повторную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;

- оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;

- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;

- кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;

- фиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.

- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.13. Проведите кодирование выявленных нарушений функций согласно доменам МКФ и результаты оценки ОРП в динамике.

10.14. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.15. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Судороги, головокружение, головная боль	Прекратите проведение психодиагностики. Незамедлительно информируйте лечащего врача.

12. Перечень приложений:

Приложение 1. Стимульный материал для оценки памяти.

Приложение 2. Стимульный материал для оценки внимания.

Приложение 3. Стимульный материал для оценки мышления.

Приложение 4. Стимульный материал для оценки зрительного гнозиса.

Приложение 5. Стимульный материал для оценки зрительно-пространственного гнозиса.

Приложение 6. Стимульный материал для оценки слухового гнозиса.

Приложение 7. Стимульный материал для оценки кинестетического праксиса.


Приложение 8. Стимульный материал для оценки квазипространственных представлений.

Приложение 9. Стимульный материал для оценки динамического праксиса.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении в открытой группе психологической помощи»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		172-СОП-02-06.2025-1	
	Версия	1	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 5	
Стабилизация эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении в открытой группе психологической помощи				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения (допускается электронный вариант хранения)	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	3
4.	Участники процесса (исполнители)	3
5.	Нормативные ссылки	3
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	4
8.	Необходимые ресурсы	4
9.	Перечень записей и правила их ведения	4
10.	Алгоритм выполнения процедуры	4
11.	Действия во внештатных ситуациях	5
12.	Приложения	6

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры оказания психологической помощи пациентам на стационарном лечении (далее пациентов) в открытой группе.

2. Общие сведения о процедуре «Психологическая помощь пациентам на стационарном лечении в открытой группе»:

2.1. Открытая группа психологической помощи (далее – ОГПП) относится к расширенной концепции групповой психотерапии и может включать в себя любой процесс помощи, происходящий в группе – поддержку, обучение навыкам (например, управление гневом или концентрацией внимания, обучение релаксации или социальным навыкам).

2.2. Отбор пациентов, нуждающихся в психологической помощи, не производится. Пациенты получают информацию о возможности получения психологической помощи в ОГПП при первичной консультации медицинского психолога и на основании информирования МДБ, лечащим врачом, врачом-реабилитологом. Информированные пациенты могут обращаться самостоятельно.

2.3. Психологическая помощь пациентам в ОГПП производится с целью коррекции уровня ЭН пациентов.

2.4. Задачами психологической помощи в открытой группе являются:

- знакомство с пациентами;
- поддержание терапевтического контакта с пациентами – участниками ОГПП;
- оказание экстренной психологической помощи (КИ);
- информирование;
- предоставление экспертного мнения (по запросу группы и в рамках компетентности специалиста);
- формирование у участников ОГПП представлений о методах саморегуляции ЭН пациента.

2.5. Метод ОГПП относится к направлению «Групповая психотерапия» (Приложение 1).

2.6. Принципы ОГПП позволяют формировать конструктивное отношение к болезни за счет ревизии отношения к проблемам и трудностям, приобретения навыков решения проблем, повышения понимания себя и реальности в условиях онкологического заболевания (Приложение 2).

2.7. Численность участников ОГПП 2-10 человек.

2.8. Время работы зависит от количества участников - от 60 до 90 минут.

2.9. Прогнозируемый результат: снижение ЭН пациента.

2.10. Процедуру проводит медицинский психолог, устойчиво владеющий навыками и соблюдающий принципы ведения ОГПП (Приложение 2).

Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате профильного клинического отделения при численности группы до 4х пациентов, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Групповая психотерапия	форма психотерапии, при которой группа людей встречается под руководством специалиста для разрешения внутренних конфликтов, снятия напряжения, иной психотерапевтической работы
2.	Кризисная интервенция	экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
3.	Отреагирование	Эмоциональная разрядка, абреакция (англ. Abreaction) – вид бессознательного защитного механизма психики, «разряжающий» внутреннее напряжение через активные действия
4.	Психологическая адаптация	Процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций
5.	Психологическая безопасность	Атмосфера, которая позволяет членам группы действовать, не опасаясь негативных последствий, связанных с самооценкой, статусом или карьерой.
6.	Психологическая реабилитация	Система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания
7.	Психотерапия	Система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее на весь организм человека

8.	Тревога	Эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются
----	---------	---

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КИ	Кризисная интервенция
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МИС	Медицинская информационная система
МКСБ	Медицинская карта стационарного больного
ОГПП	Открытая группа психологической помощи
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 **Оборудование:** АРМ с установленным ПО МИС

8.2 **Прочие:** МКСБ, блокнот, ручка, оборудованное для занятий в группе.

9. Перечень записей и правила их ведения:

Запись об участии пациента в ОГПП в МКСБ:

- время проведения занятия;
- тема занятия
- оценка активности участника;
- наличие внутренних и внешних ресурсов участника;
- оценка эмоциональной пластичности участника;
- при необходимости - наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- повторное посещение занятия, индивидуальная психологическая консультация по необходимости (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1 Информируйте пациентов в ходе индивидуального консультирования, а также разъясните членам МДБ формат работы и поручите им информировать пациентов о возможности посещения ОГПП.

10.2 В установленное время ожидайте пациентов в специально оборудованном для групповых занятий кабинете.

10.3 Действуйте согласно правилам ведения группы. Последовательно проведите:

- круг «знакомство»;
- круг «введение групповых норм»;
- круг «выявление запроса группы»
- круговая проработка запроса;
- круг «подведение итогов»;
- круг «планирование»;
- круг «завершение встречи».

10.4 Метод взаимодействия согласуется с алгоритмом ведения работы в ОГПП и основывается на соблюдении основных принципов групповой терапии (*Приложение 2*).

10.5 В процессе работы с группой:

- дифференцируйте чувства пациентов и обоснуйте правомочность любых чувств, которые пациент подтверждает или демонстрирует;
- инициируйте отреагирование чувств пациентов;
- коротко исследуйте восприятие ситуации пациентами;
- поясняйте картину восприятия, обращайтесь с пациентами на мишени экстренного коррекционного воздействия;
- мягко конфронтуйте с иррациональными установками;
- выделяйте ресурсы пациента и фиксируйте внимание пациентов на них;
- следите за равномерным распределением активности пациентов;
- предоставляйте пациентам экспертное мнение в рамках своей профессиональной компетентности (исключительно по запросу самих пациентов);

10.6 Отслеживайте динамику ЭН пациентов методом наблюдения.

- 10.7 Примите решение о применении техник дальнейшего взаимодействия в соответствии с динамикой ЭН пациентов (Приложение 2).
- 10.8 Примените выбранные техники.
- 10.9 Завершите работу в ОГПП:
- предупредите о завершении данной встречи;
 - оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
 - перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациентов;
 - кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
 - фиксируйте внимание пациентов на положительных изменениях эмоционального состояния как результате участия в ОГПП.
 - тепло попрощайтесь с пациентами.
- 10.10 Зафиксируйте в МИС проведенную ОГПП.
- 10.11 Обсудите результаты наблюдения за пациентами с членами МДБ.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение № 1

Групповая психотерапия – это форма психотерапии, при которой специально созданная группа людей регулярно встречается под руководством психотерапевта или клинического психолога, для достижения таких целей как разрешение внутренних конфликтов, снятие напряжения, коррекции отклонений в поведении и иной психотерапевтической работы.

Открытая группа психологической помощи относится к расширенной концепции групповой психотерапии и может включать в себя любой процесс помощи, происходящий в группе – поддержку, обучение навыкам (например, управление гневом или концентрацией внимания, обучение релаксации или социальным навыкам). В открытой группе допускается постоянное изменение состава участников. Открытая группа относится к краткосрочным формам психотерапии, но может действовать неограниченное время.

Эффективность ОГПП обусловлена гомогенностью состава участников и ориентацией на конкретные, близкие для всех участников темы

Ограниченность работы обусловлена тем, что в ОГПП такие ключевые факторы, как доверие и сплоченность, могут не успеть сформироваться в достаточной мере, поэтому психотерапевтическая работа может быть поверхностной. Работа над сплочением в открытой группе требует дополнительных усилий ведущего группы. В ОГПП очень важна роль ведущего: более активная, направляющая, поддерживающая по сравнению с другими видами групповой психотерапии.

Приложение № 2

Принципы эффективности работы в ОГПП

Ключевым условием работы в открытой группе является психологическая безопасность, обеспечиваемая ведущим группы, то есть возможность участников группы взаимодействовать без межличностных рисков.

1. Универсальность проблемы – возможность сопоставить опыт себя и других, осознание нормативности переживания несостоятельности, отчужденности, других тягостных чувств в трудной жизненной ситуации.

2. Альтруизм – ощущение и осознание взаимовыручки в группе повышает самооценку и помогает подкрепить навыки межличностного общения.

3. Внушение надежды – в смешанной ОГПП, участники которой находятся на разных этапах заболевания, человек может быть вдохновлен или воодушевлен другим участником группы, уже преодолевшим подобные проблемы.

4. Предоставление информации – на этапе формирования группового запроса участники часто сообщают, что испытывают потребность узнать экспертное мнение ведущего и фактическую информацию от других членов группы.

5. Множественный перенос – участники ОГПП бессознательно отождествляют группового терапевта и других членов группы со значимыми другими. Интерпретации терапевта помогают участникам группы понять и пересмотреть интерактивные паттерны взаимоотношений.

6. Развитие навыков общения – безопасность взаимодействия в ОГПП создает благоприятную среду для расширения репертуара межличностного взаимодействия участников группы.

7. Подражательное поведение – (индуцирование специалистом) вовлеченность и имитация эмоционального состояния значимого участника группы (чаще ведущего группы). Например, возможность делиться личными чувствами, проявлять заботу и поддерживать других.

8. Сплоченность – феномен группы и основной терапевтический фактор, когда все участники испытывают чувство принадлежности, принятия и признания друг друга.

9. Факторы существования – осознание того, что человек способен стать ответственным за свою жизнь и последствия своих решений.


10. Катарсис – переживание облегчения эмоционального напряжения через свободное и раскованное выражение эмоций участников группы в обстановке безопасности и понимания.

11. Самопонимание – достижение участниками более высокого уровня понимания происхождения своих проблем и бессознательных мотиваций, лежащих в основе поведения.

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

СОП «Оценка психологической готовности пациента к профилактической операции»

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		446-СОП-02-06.2025-1	
	Версия	1	Введена в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 5	
Оценка психологической готовности пациента к профилактической операции				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, КДО			
Место хранения	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	2
4.	Участники процесса (исполнители)	2
5.	Нормативные ссылки	2
6.	Термины и определения	2
7.	Используемые сокращения	3
8.	Необходимые ресурсы	3
9.	Перечень записей и правила их ведения	3
10.	Алгоритм выполнения процедуры	4
11.	Действия во внештатных ситуациях	4
12.	Приложения	5

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры оценки психологической готовности пациента к профилактической операции.

2. Общие сведения о процедуре «Оценка психологической готовности пациента к профилактической операции»:

2.1 Отбор пациентов, нуждающихся в проведении процедуры, производится на основании направления лечащего врача.

2.2 Оценка психологической готовности пациента к профилактической операции производится в процессе клинико-психологической беседы с целью оценки эмоциональной и социальной готовности к профилактической операции.

2.3 Задачи при проведении оценки психологической готовности пациента к профилактической операции:

- ознакомление с картой пациента в МИС;

- знакомство с пациентом;

- исследование эмоционального статуса и анамнеза жизни пациента (КПБ);

- исследование аффективных (эмоциональных), когнитивных и общих (социальных) аспектов психологической готовности к проведению профилактической операции.

2.4 По итогам оценки формируется заключение о психологической готовности пациента к профилактической операции.

2.5 Сведения, полученные в ходе КПБ, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

6. Термины и определения:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Клинико-психологическая беседа	Полуструктурированное экспресс-интервью, позволяющее выявить уровень эмоционального напряжения человека в ситуации болезни
2.	Кризисная интервенция	Экстренная и неотложная психологическая скорая помощь
3.	Направленная беседа	Психологический вербально-коммуникативный метод, заключающийся в ведении тематически направленного диалога между психологом и респондентом с целью получения сведений от последнего
4.	Профилактическая операция	Форма хирургического вмешательства по показаниям, целью которого является минимизация или предотвращение риска развития рака в органе или железе, например, мастэктомия, овариэктомия, аднексэктомия
5.	Психологическая готовность	Готовность человека к принятию новых жизненных условий и эффективной адаптации к ним

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КПБ	Клинико-психологическая беседа
МИС	Медицинская информационная система
НБ	Направленная беседа
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 **Оборудование:** АРМ с установленным ПО МИС.

8.2 **Прочие:** блокнот, ручка.

9. Перечень записей и правила их ведения:

Запись о проведении первичной психологической консультации в МКСП (Приложение 1):

- время и место проведения консультации;
- оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
- уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
- наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемые в диалоге реакции и их обусловленность;
- интеллектуально-мнестический статус;
- наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
- нарушения ночного сна и аппетита;
- уровень приверженности лечению;
- степень психологической готовности к профилактической операции;
- рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); повторная психологическая консультация с иной целью (открытая или с датой приема).

10. Алгоритм выполнения процедуры

10.1 Изучите в МИС МКСП пациента, направленного лечащим врачом.

10.2 Установите первичный контакт с пациентом:

- приветствуйте пациента,
- идентифицируйте пациента;
- обратитесь к пациенту по имени и отчеству;
- назовите свои имя, отчество, фамилию и должность;
- получите письменное согласие на вмешательство;
- проведите клинично-психологическую беседу (КПБ) алгоритму (Приложение 2).

КПБ строится свободно в зависимости от особенностей личности пациента.

10.3 Оценивайте ответы пациента и фиксируйте результаты наблюдения в чек-листе (Приложение 3).

10.4 Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения. При необходимости примените кризисную интервенцию.

10.5 Завершите первичную психологическую консультацию:

- предупредите о завершении данной встречи;
- перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
- обсудите с пациентом результаты оценки готовности к профилактической операции;
- тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени и отчеству.

10.6 Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.

10.7 Оформите, распечатайте и передайте в архив заключение МИС.

10.8 Сохраните чек-лист в архиве отделения реабилитации.

11. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

12. Приложения

Приложение № 1

ЗАПИСЬ О ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТА К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Выберите из предложенного:

Жалобы: соматические / расстройство настроения / семейная ситуация / ситуация в палате / другое.

Идентифицированный пациент: пациент.

Место проведения: палата стационара/кабинет ОР.

Вид обращения: назначение врача/запрос пациента.

Эмоциональное напряжение: умеренное/высокое.

Наблюдаемые состояния: тревога с беспокойством/страх/плаксивость/подавленность.

Предъявленные переживания: витальной угрозы/одиночества/разлуки/снижение самооценки.

Удовлетворенность качеством жизни: в основном/не вполне/иное удовлетворен/не удовлетворен.

Объективно:

сознание: ясное/периодически спутанное/отсутствует;

всесторонне ориентирован: верно/в основном верно/фрагментарно/дезориентирован;

фон настроения на момент консультации: неустойчивый/без видимого снижения/снижен несколько/устойчиво/выраженно;

пациент эмоционально: несколько/умеренно/выраженно лабилен/стабилен;

фиксирован: несколько/умеренно/выраженно на изменениях по болезни/переживаниях, не связанных с диагнозом;

наличие тенденций дисморфофобии: обнаруживает/не обнаруживает;

наличие дисморфофобических расстройств в анамнезе: заявляет/не заявляет;

наличие острых/патологических эмоциональных реакций: есть/нет

наблюдаемые в диалоге реакции: тревожно-фобические / астено-депрессивные / ипохондрические / анозогнозические / истероидные / стенические;

обусловленность реакций: особенности личности/течение заболевания;

интеллектуально-мнестический статус: не снижен/несколько снижен/снижен;

наличие на момент консультации суицидных тенденций: есть/нет;

ночной сон: без жалоб/нарушен выраженно/умеренно/незначительно;

аппетит: без жалоб/достаточный/снижен/повышен;

приверженность лечению: высокая/наблюдается/снижена/отсутствует;

надеется на: стабилизацию/улучшение состояния/профилактику рисков/выздоровление;

волевые качества: снижены/не снижены;

самоконтроль: сохраняется/снижен.

Проведено: первичная диагностическая беседа с элементами эмоциональной коррекции/ кризисная интервенция

Заключение:

психические реакции: адекватны/не адекватны ситуации заболевания в пределах индивидуальных особенностей;

эмоциональные, физические и социальные последствий объема операции: осмыслены/не осмыслены;

решение о профилактической операции принято: самостоятельно/под давлением;

степень психологической готовности к профилактической операции: готов/не готов (на основании чек-лист).

Рекомендации: посещение врача-психотерапевта (при необходимости); повторная психологическая консультация с иной целью (открытая или с датой приема).

Приложение № 2**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕСЕДА**

Основным методом первичной диагностической беседы является клинико-психологическая беседа. Клинико-психологическая беседа – это направленная беседа, которая состоит из клинического, социально-демографического, психологического блоков. Целью КПБ является выявление и оценка уровня психологической готовности к профилактической операции. Беседа проводится в форме «Вопрос – ответ». Пациент имеет возможность обсуждения заданного вопроса, специалист может задавать уточняющие и проясняющие вопросы в процессе обсуждения. При затруднении пациента описать свои чувства специалист может предложить выбор вариантов ответа на данный вопрос.

Структура клинико-психологической беседы

Клинический блок:

- возраст пациента, стаж и этап заболевания, способ лечения;

- показания к проведению профилактической операции.

Социальный блок:

- социальное положение, состав семьи, продолжительность брака, уровень образования, трудовой статус пациента.

Отношение к профилактической операции.

Когнитивный компонент принятия решения:

- наличие когнитивных нарушений, влияющих на принятие решения об объеме операции (нарушения мышления, долговременной памяти различного генеза) либо их скомпенсированность;
- сохранность критики по отношению к ситуации болезни и объему операции (отсутствие признаков анозогнозии, бредовых конструктов по поводу болезни).

Аффективный компонент принятия решения:

- наличие тенденций дисморфофобии и/или дисморфофобических расстройств в анамнезе;
- наличие острых состояний: аффективных, невротических и психотических.

Общие аспекты принятия решения:

- самостоятельность принятого решения о профилактической операции (без эмоционального давления со стороны родственников, врачей или других заинтересованных лиц);
- понимание причин, обуславливающих необходимость проведения операции;
- понимание эмоциональных, физических и социальных последствий объема операции.

Приложение № 3

ЧЕК-ЛИСТ Готовность к профилактической операции

Отметьте наличие признака:


Да Нет

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Пациент в ясном сознании |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Всесторонне ориентирован верно |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Признаки когнитивного снижения (памяти, внимания, мышления) на момент консультации |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Критика по отношению к болезни сохранна (отсутствие признаков анозогнозии, бредовых конструктов по поводу болезни) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Наличие острых состояний: аффективных, невротических и психотических |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Наличие тенденций дисморфофобии |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Наличие в анамнезе выраженных или стойких признаков дисморфофобии |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Решение принято самостоятельно, без давления со стороны заинтересованных лиц |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Понимание причин, обуславливающих необходимость объема операции |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Понимание эмоциональных, физических и социальных последствий объема операции |

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

**СОП «Оценка реабилитационного потенциала пациента медицинским психологом
во время госпитализации»**

	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России			
	Стандарт операционной процедуры (СОП)			
	Идентификационный код		455-СОП-02-06.2025-1	
	Версия	1	Введен в действие	25.06.2025
		Страница	Стр. 1 из 8	
Оценка реабилитационного потенциала пациента медицинским психологом во время госпитализации				

Документ	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Разработал	Медицинский психолог	Вагайцева М.В.		
	Медицинский психолог	Кондратьева К.О.		
	Медицинский психолог	Джалилова А.А.		
Согласовал	Заместитель руководителя клиники по медицинской части	Донских Р.В.		
	Заместитель руководителя клиники по ВКК и БМД	Лупарева О.В.		
	Заведующий отделением реабилитации	Потравко Е.Н.		
	Врач-методист	Лучанинова О.Е.		
Утвердил	Заместитель директора по лечебной работе	Карицкий А.П.		
Рассылка	Отделение реабилитации, профильные клинические отделения, ОАР			
Место хранения	Кабинет заведующего отделением, ординаторская			
Срок действия	3 года			

№ п/п	Наименование раздела	№ стр.
1.	Назначение	2
2.	Общие сведения о процедуре	2
3.	Место применения	3
4.	Участники процесса (исполнители)	3
5.	Нормативные ссылки	3
6.	Термины и определения	3
7.	Используемые сокращения	4
8.	Необходимые ресурсы	4
9.	Алгоритм выполнения процедуры	4
10.	Действия во внештатных ситуациях	6
11.	Приложения	6

Инициатор отмены СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись

1. Назначение: СОП предназначен для стандартизации действий медицинского психолога при проведении процедуры оценки реабилитационного потенциала пациента во время госпитализации.

2. Общие сведения о процедуре «Оценка реабилитационного потенциала пациента медицинским психологом во время госпитализации»:

2.1. Оценка реабилитационного потенциала пациента (далее – ОРП пациента) проводится медицинским психологом:

1) в составе МДРК, когда он оценивает состояние пациента методом активного наблюдения во время первичного опроса пациента врачом-реабилитологом.

2) в ходе проведения индивидуальной психологической консультации пациента в соответствии с СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении» или СОП «Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении».

2.2. Предметом ОРП является состояние функций организма, активности и участия в психосоциальном функционировании пациента.

2.3. Оценка показателей организма проводится согласно доменам МКФ.

2.4. Этапы ОРП пациента:

- ознакомление с МКСП;
- знакомство с пациентом;
- исследование эмоционального статуса и анамнеза жизни пациента (КПБ);
- кодирование выявленных нарушенных функций согласно доменам МКФ;
- подбор индивидуальных методов коррекции нарушенных функций пациента.

2.5. ОРП проводится в динамике.

Функции организма:

b110 Функции сознания

b114 Функции ориентированности

b117 Интеллектуальные функции

b122 Глобальные психосоциальные функции

b126 Темперамент и личностные функции

b130 Волевые и побудительные функции

b134 Функции сна

b140 Функции внимания

b144 Функции памяти

b147 Психомоторные функции

b152 Функции эмоций

b156 Функции восприятия

b160 Функции мышления

b164 Познавательные функции высокого уровня

b167 Умственные функции речи

b176 Умственные функции последовательных сложных движений

b180 Функции самоощущения и ощущения времени

b279 Дополнительные сенсорные функции, другие уточненные и не уточненные

b320 Функции артикуляции

b640 Сексуальные функции

Активность и участие

d110 Использование зрения

d115 Использование слуха

d163 Мышление

d170 Письмо

d230 Выполнение повседневного распорядка

d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок

d420 Перемещение тела

d570 Забота о своем здоровье

d760 Семейные отношения

d770 Интимные отношения

3. Место применения: Данный СОП используется медицинским психологом в палате ОАР, профильном клиническом отделении, кабинете отделения реабилитации.

4. Участники процесса (исполнители): медицинский психолог.

5. Нормативные ссылки:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- Актуальные версии локальных нормативных актов.

6. Термины и определения

№ п/п	Термин	Определение
1.	Домен	Практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности.
2.	Клинико-психологическая беседа	Полуструктурированное экспресс-интервью, позволяющее выявить уровень эмоционального напряжения человека в ситуации болезни.
3.	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	Унифицированная стандартная система целью которой является определение рамок для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Является международным стандартом для описания и измерения степени нарушений здоровья.
4.	Определитель	Числовой код, определяющий степень или величину функционирования (ограничения жизнедеятельности) в определенной категории.
5.	Психологическая реабилитация	Система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного статуса человека, получившего психологическую травму в ситуации заболевания.

7. Используемые сокращения:

Сокращение	Расшифровка сокращения
АРМ	Автоматизированное рабочее место
КПБ	Клинико-психологическая беседа
МДБ	Мультидисциплинарная бригада
МДРК	Мультидисциплинарная реабилитационная команда
МИС	Медицинская информационная система
МКСП	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях или условиях дневного стационара
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОРП	Оценка реабилитационного потенциала
ПК	Персональный компьютер
ПО	Программное обеспечение
ЭН	Эмоциональное напряжение

8. Необходимые ресурсы:

8.1 **Оборудование:** АРМ с установленным ПО МИС

8.2 **Прочие:**

- Домены МКФ, используемые для оценки динамики реабилитационного потенциала пациентов на стационарном лечении (Приложение 1).
- МКСП
- блокнот
- ручка

9. Алгоритм выполнения процедуры ОРП пациента медицинским психологом во время госпитализации

9.1 **В составе МДРК:**

- ознакомьтесь с МКСП в МИС перед посещением пациента;
- представьтесь пациенту, как член МДРК;
- оценивайте во время беседы врача-реабилитолога с пациентом его состояние методом активного наблюдения и отмечайте в блокноте жалобы и наблюдаемые эмоциональные изменения (интонация, мимика) пациента в разговоре;
- дополнительно опросите пациента на предмет наличия и характера жалоб на эмоциональное состояние, функциональные нарушения;

- в случае отсутствия активных жалоб на психоэмоциональное состояние со стороны пациента и при его стабильном психоэмоциональном состоянии, проинформируйте о доступности и способе получения психологической помощи на стационарном этапе при возможном ухудшения состояния;
- в случае выявления нарушений в психоэмоциональной сфере, предложите пациенту пройти первичную психологическую консультацию (согласуйте дату и время), при необходимости переходите к кризисной интервенции (СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»);
- после осмотра пациента, соотнесите обнаруженные нарушения функций, активности и участия с доменами МКФ (Приложение 1)
- зафиксируйте количественную оценку каждого нарушения в соответствии с таблицей (Приложение 2);
- определите количественную степень выраженности нарушений, до которой каждый показатель может быть скорректирован в процессе реабилитации;
- подберите индивидуальные методы коррекции нарушенных функций пациента;
- внесите полученные данные в МКСП пациента в МИС

9.2 В ходе проведения индивидуальной психологической консультации:

9.2.1 Первичная консультация:

- ознакомьтесь с МКСП в МИС перед встречей с пациентом;
- во время консультации используйте активное наблюдение для оценки наличия нарушенных функций и показателей активности и участия,
- предложите пациенту назвать основные жалобы
- обсудите степень выраженности, устойчивости и длительности дискомфорта в связи с жалобами пациента;
- отмечайте в блокноте жалобы и наблюдаемые эмоциональные реакции, нарушенные на момент осмотра показатели здоровья организма;
- следуйте алгоритму проведения индивидуальной психологической консультации в соответствии с СОП «Первичная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»;
- соотнесите обнаруженные нарушения с доменами МКФ (Приложение 1) и дайте количественную оценку каждой нарушенной функции/ показателя активности и участия в соответствии с таблицей (Приложение 2);
- подберите индивидуальные методы коррекции нарушенных функций пациента;
- примените выбранные методы коррекции нарушенных функций пациента в соответствии с СОП;
- определите количественную степень выраженности нарушений, до которой каждый показатель может быть скорректирован в процессе реабилитации;
- предложите пациенту план дальнейшего взаимодействия.
- оформите запись в МКСП

9.2.2 Повторная консультация:

- выполните действия, указанные в п. 9.2.1, дополнительно
- следуйте алгоритму СОП «Повторная психологическая консультация пациентов на стационарном лечении»;
- оцените динамику РП и возможную динамику количественной степени, до которой каждый из нарушенных показателей организма может быть скорректирован в процессе реабилитации;
- внесите данные в МКСП пациента в МИС.

10. Действия во внештатных ситуациях

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

11. Приложения

Приложение 1

Домены МКФ, используемые для оценки динамики реабилитационного потенциала пациентов на стационарном лечении

b110 Функции сознания

- b1100 Ясность сознания
- b1101 Непрерывность сознания
- b1102 Качество сознания
- b1108 Функции сознания, другие уточненные
- b1109 Функции сознания, не уточненные

b114 Функции ориентированности

- b1140Ориентированность во времени
- b1141Ориентированность в месте
- b1142Ориентированность в личности
- b1148Функции ориентированности, другие уточненные
- b1149Функции ориентированности, не уточненные

b117 Интеллектуальные функции

b122 Глобальные психосоциальные функции

b126 Темперамент и личностные функции

- b1261Компромисс
- b1262Добросовестность
- b1263Психическая устойчивость
- b1264Открытость для опыта
- b1265Оптимизм
- b1266Уверенность

b130 Волевые и побудительные функции

- b1300Волевой уровень
- b1301Мотивация
- b1302Аппетит
- b1303Сила желания
- b1304Контроль импульсивных побуждений
- b1308Волевые и побудительные функции, другие уточненные
- b1309Волевые и побудительные функции, не уточненные

b134 Функции сна

- b1340Количество сна
- b1341Начало сна
- b1342Поддержание сна
- b1343Качество сна
- b1344Функции, вовлеченные в цикл сна
- b1348Функции сна, другие уточненные
- b1349Функции сна, не уточненные

b140 Функции внимания

- b1400Устойчивость внимания
- b1401Переключение внимания
- b1402Разделение внимания
- b1403Сосредоточение внимания
- b1408Функции внимания, другие уточненные
- b1409Функции внимания, не уточненные

b144 Функции памяти

- b1440Кратковременная память
- b1441Долговременная память

b147 Психомоторные функции

- b1470Психомоторный контроль
- b1471Качество психомоторных функций
- b1478Психомоторные функции, другие уточненные
- b1479Психомоторные функции, не уточненные

b152 Функции эмоций

- b1520Адекватность эмоций
- b1521Регуляция эмоций
- b1522Диапазон эмоций
- b1528Функции эмоций, другие уточненные
- b1529Функции эмоций, не уточненные

b156 Функции восприятия

- b1560Слуховое восприятие
- b1561Зрительное восприятие
- b1562Восприятие запахов
- b1563Восприятие вкуса
- b1564Тактильное восприятие
- b1565Визуально пространственное восприятие
- b1568Функции восприятия, другие уточненные
- b1569Функции восприятия, не уточненные

b160 Функции мышления

- b1600Ритм мышления
- b1601Форма мышления
- b1602Содержание мышления
- b1603Контроль мышления
- b1608Функции мышления, другие уточненные
- b1609Функции мышления, не уточненные

b164 Познавательные функции высокого уровня

- b1640Абстрагирование
- b1641Организация и планирование
- b1642Управление временем
- b1643Познавательная гибкость
- b1644Проницательность
- b1645Суждение
- b1646Решение проблем
- b1648Познавательные функции высокого уровня, другие уточненные
- b1649Познавательные функции высокого уровня, не уточненные

b167 Умственные функции речи

- b1670Восприятие языка
 - b16700Восприятие разговорного языка
 - b16701Восприятие письменного языка
 - b16702Восприятие языка знаков
 - b16708Восприятие языка, другое уточненное
 - b16709Восприятие языка, не уточненное
- b1671 Выражение посредством языка
 - b16710Выражение посредством разговорного языка
 - b16711Выражение посредством письменного языка
 - b16712Выражение посредством языка знаков
 - b16718Выражение посредством языка, другое уточненное
 - b16719Выражение посредством языка, не уточненное
- b1672 Интегративные функции языка

b176 Умственные функции последовательных сложных движений

b180 Функции самоощущения и ощущения времени

- b1800Самоощущение
- b1801Образ тела
- b1802Ощущение времени
- b1808Функции самоощущения и ощущения времени, другие уточненные
- b1809Функции самоощущения и ощущения времени, не уточненные

b279 Дополнительные сенсорные функции, другие уточненные и не уточненные

b320 Функции артикуляции

b640 Сексуальные функции

- b6400Функции фазы полового возбуждения
- b6401Функции подготовительной сексуальной фазы
- b6402Функции фазы оргазма
- b6403Функции завершающей сексуальной фазы
- b6408Сексуальные функции, другие уточненные

- b6409Сексуальные функции, не уточненные

d110 Использование зрения

d115 Использование слуха

d163 Мышление

d170 Письмо

d230 Выполнение повседневного распорядка

- d2301Организация повседневного распорядка
- d2302Исполнение повседневного распорядка
- d2303Управление уровнем собственной активности
- d2308Выполнение распорядка дня, другое уточненное
- d2309Выполнение распорядка дня, не уточненное

d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок

- d2400Ответственность
- d2401Преодоление стресса
- d2402Преодоление кризисных ситуаций
- d2408Способность справляться со стрессом и другими психологическими нагрузками, другая уточненная
- d2409Способность справляться со стрессом и другими психологическими нагрузками, не уточненная

d420 Перемещение тела

- d4209Перемещение тела, не уточненное

d570 Забота о своем здоровье

- d5700Обеспечение физического комфорта
- d5701Соблюдение диеты и здорового образа жизни
- d5702Поддержание здоровья
- d5708Забота о своем здоровье, другая уточненная
- d5709Забота о своем здоровье, не уточненная

d760 Семейные отношения

- d7600Отношения родители - дети
- d7601Отношения дети-родители
- d7602Отношения детей в семье
- d7603Отношения с дальними родственниками
- d7608Семейные отношения, другие уточненные
- d7609Семейные отношения, не уточненные

d770 Интимные отношения

- d7700Романтичные отношения
- d7701Супружеские отношения
- d7702Сексуальные отношения
- d7708Интимные отношения, другие уточненные
- d7709Интимные отношения, не уточненные

Таблица для количественной оценки нарушенных функций и показателей активности и участия

Для количественной оценки нарушений по МКФ используют универсальную шкалу:

- 0 - нет проблем: 0–4%;
- 1 - лёгкие проблемы: 5–24%;
- 2 - умеренные проблемы: 25–49%;
- 3 - тяжёлые проблемы: 50–95%;
- 4 - абсолютные проблемы: 96–100%;
- 8 - не определено;
- 9 - не применимо.

Оценивая показатели здоровья из раздела «Активность и участие», также отметьте определитель *реализация* (осуществление, претворение в жизнь) и определитель *потенциальная способность* (капаситет).

Определитель потенциальной способности и определитель реализации могут использоваться как с учетом вспомогательных средств и посторонней помощи, так и без них в соответствии с универсальной шкалой количественной оценки нарушений, приведенной выше.

1 Первый определитель (Определитель реализации)	0 - НЕТ затруднений (0–4%) 1 - ЛЕГКИЕ затруднения (5–24%) 2 - УМЕРЕННЫЕ затруднения (25–49%) 3 - ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (50–95%) 4 - АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (96–100%) 8 - не определено 9 - не применимо
2 Второй определитель (Определитель потенциальной способности без посторонней помощи)	0 - НЕТ затруднений (0–4%) 1 - ЛЕГКИЕ затруднения (5–24%) 2 - УМЕРЕННЫЕ затруднения (25–49%) 3 - ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (50–95%) 4 - АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (96–100%) 8 - не определено 9 - не применимо
3 (необязательное) Третий определитель (Определитель потенциальной способности с посторонней помощью)	0 - НЕТ затруднений (0–4%) 1 - ЛЕГКИЕ затруднения (5–24%) 2 - УМЕРЕННЫЕ затруднения (25–49%) 3 - ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (50–95%) 4 - АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (96–100%) 8 - не определено 9 - не применимо
4 (необязательное) Четвертый определитель (Определитель реализации без посторонней помощи)	0 - НЕТ затруднений (0–4%) 1 - ЛЕГКИЕ затруднения (5–24%) 2 - УМЕРЕННЫЕ затруднения (25–49%) 3 - ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (50–95%) 4 - АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (96–100%) 8 - не определено 9 - не применимо

Лист ознакомления

№ п/п	Дата	Должность	ФИО	Подпись

**Маркеры настороженности к когнитивным нарушениям у пациентов
на стационарном лечении**

Целевая группа: врач приемного покоя, врач стационара.

1. Выраженные трудности (наблюдаются более 2 раз за беседу) восприятия и усвоения обращенной речи. Критика пациента к своему состоянию может сохраняться или быть частично утраченной.

Пример: пациент растерян и растерянность нарастает по мере длительности разговора. Может выглядеть отрешенным или заинтересованным, но затрудняется повторить информацию нескольких сказанных Вами предложений.

Способ перепроверки: попросить рассказать, что из уже сказанного Вами пациент запомнил, что необходимо повторить еще раз.

2. Дисфорические реакции – явные устойчивые проявления слабо контролируемых раздражения и озлобленности (по типу алкогольной абстиненции).

Пример: любая стандартная нейтральная беседа вызывает протестные реакции, раздражение или гнев.

Способ перепроверки: не втягиваться в противостояние, обсуждать только соматические симптомы, попросить рассказать, что из уже сказанного Вами пациент запомнил, что необходимо повторить еще раз.

3. Пациент жалуется на забывчивость, трудности концентрации внимания, общую растерянность, быструю утомляемость при умственной работе.

Способ перепроверки: расспросить, как давно, как именно, с какой интенсивностью проявляются симптомы. Уточнить, нуждается ли пациент в дополнительном напоминании важных аспектов пребывания на лечении.

Целесообразно назначить осмотр невролога или медицинского психолога.

Методические рекомендации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ
В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Составители: *Вагайцева М.В., Лупарева О.В., Кондратьева К.О., Джалилова А.А.,
Бортникова Е.Г., Лучанинова О.Е., Семиглазова Т.Ю., Комаров Ю.И., Беляев А.М.*

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
Санкт-Петербург, п. Песочный, Ленинградская ул., дом 68
e-mail: center.petrova@niiioncologii.ru тел. +7 (812) 439-95-55
<https://www.niiioncologii.ru>

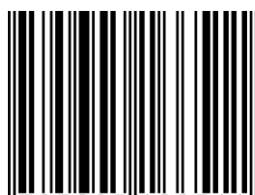
Отпечатано в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
Санкт-Петербург, п. Песочный, Ленинградская ул., дом 68

Подписано в печать 17.11.25

Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 11,86.

Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-6051665-1-1



9 785605 166511 >

