

В.А. Чулкова¹, Е.В. Пестерева²

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

¹ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России,

²ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург

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

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

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

Различные аспекты психологических проблем, порождаемых как самим заболеванием, так и его лечением, всегда были в сфере внимания онкологов. Именно наблюдения клиницистов стали основой многочисленных исследований по изучению психологического мира больных, в результате которых определился круг психологических проблем в онкологии и пути их решения на различных этапах лечения пациентов [4].

Врач-онколог находится в непосредственном контакте с больным и, безусловно, оказывает ему психологическую поддержку. Однако, психологическая поддержка часто опирается на личные представления врача о помощи больному, основанные на собственном опыте и опы-

те коллег. В связи с этим большую значимость имеет психологическая компетентность врача.

Нередко наблюдаются две крайние позиции врачей-онкологов, отражающие их взгляды на роль психологических факторов в лечении больного: игнорирование и преувеличенное значение влияния психологического воздействия на больного. В первом случае врач сосредотачивает свое внимание только на болезни, развивающейся по определенным биологическим законам, а больной выступает в роли объекта – носителя болезни, при этом игнорируется личность больного, его отношение к болезни и лечению. Смысл своей профессиональной деятельности такой врач видит исключительно в медикаментозном и других видах лечения. Обратной стороной невнимания врача к переживаниям больного является обращение последнего к целителям, знахарям и экстрасенсам, которые не только обещают выздоровление, но, прежде всего, апеллируют к особенностям личности онкологического больного, выстраивая эмоционально зависимые отношения с ним.

С другой стороны, врачи, признающие, что на процесс лечения и выздоровления больного влияет не только медикаментозная терапия, но и психологическое воздействие, нередко начинают активно обращаться к психологическим конструктам. При этом у них подчас возникает иллюзия чуда: психологическая составляющая лечебного процесса имеет явное воздействие - у больного, которому врач уделяет время, более успешно идет лечение. Однако, это не чудо и не уникальный феномен личности врача: обсуждение с пациентом ситуации заболевания расширяет представление больного о болезни, формирует у него адекватное отношение к ней, а наличие эмоционального контакта с врачом является для больного возможностью для выражения своих чувств и снижения психоэмоционального напряжения. Данная категория врачей нередко стремится в больших масштабах проводить психологическое тестирование больных, изучает техники нейро-лингвистического программирования (НЛП) и экстрасенсорики. Вместе с тем, использование психологическо-

го инструментария (методов, техник, тестов), несмотря на кажущуюся простоту и доступность, подразумевает глубину, основанную на знаниях различных психологических теорий, что необходимо осознавать и понимать. Легкость оперирования психологическими конструктами может усугубить психологические проблемы пациента (например, односторонняя интерпретация психологического теста может способствовать усилению у больного чувства вины в связи с ситуацией заболевания) и подорвать доверие к врачу.

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

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

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

Врач, обладая профессиональными медицинскими знаниями, планирует и контролирует процесс лечения. В связи с этим, его отношения с пациентом заведомо асимметричны: врач, в определенной степени, стоит «над больным» [1]. Данная асимметрия отношений врача и пациента издавна разрешается с помощью принципов и основных положений медицинской этики, которая затрагивает вопрос ответственности врача в лечебном процессе. Разрешение вопроса распределения ответственности между врачом и больным за лечение и всего, что с ним связано,

обуславливается, прежде всего, пониманием врачом своей профессиональной позиции, которая включает готовность врача осознавать: «Кто он по отношению к пациенту – директивный родитель или партнер?». В случае патерналистской модели взаимодействия (лат. *pater* – отец, родитель) всю ответственность за лечение и его последствия берет на себя врач, а пациент при этом занимает пассивную, зависимую от врача позицию. Следует отметить, что человек в ситуации онкологического заболевания часто чувствует себя уязвимым, беспомощным, может ощущать себя «жертвой» и провоцировать опеку со стороны врача, что соответствует вышеуказанной модели.

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

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

Несмотря на то, что клинические психологи не дают «Клятвы Гиппократу», в психологической атмосфере университета формируется своя профессиональная этика, основой которой является способность специалиста рефлексировать (отражать и осознавать) собственные переживания, отделять свои обычно не осознаваемые намерения и желания от внутренних потребностей другого человека. Профессиональная ответственность психолога проявляется в создании безопасного психологического пространства, в котором пациент обращается к своей внутренней жизни и выстраивает внутренние отношения с самим собой. Для создания такого пространства психологу необходимо осознавать динамику взаимоотношений, чувствовать контекст ситуации, только тогда не нарушается толерантность по отношению к жизни другого. Медицинский психолог при оказании психологической помощи онкологическому пациенту создает условия, в которых больной имеет возможность открыто выражать свои чувства,

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

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

Таким образом, врач и медицинский психолог в процессе оказания психологической помощи больному исходят из различных профессиональных позиций. В связи с этим действия «врача как психолога» противоречивы: оказывая врачебную помощь, он во многом директивен, но при этом хочет выглядеть мягко. С другой стороны, действия, которые с позиции врача являются адекватными — советовать и убеждать, оценивать состояние и действия больного по отношению к лечебному процессу, режиму — с позиции психолога являются

манипуляцией: психолог не оценивает, не навязывает больному мнения о том, как ему надо жить, а предоставляет ему возможность выбора собственного жизненного пути.

Онкологическое заболевание, с позиции медицинской психологии, представляет для человека экстремальную и кризисную ситуацию [2]. Подобные ситуации несут в себе угрозу психической травматизации личности больного человека. При оказании психологической помощи онкологическим пациентам важно понимать различия между экстремальной и кризисной ситуациями. Разрешение экстремальной ситуации связано с адаптационными возможностями человека: принятие злокачественного характера заболевания, адекватное отношение к болезни и лечению, умение управлять своим психоэмоциональным состоянием, обращаясь к внутренним и внешним ресурсам. В результате больной приобретает опыт поведения в болезни, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации. Разрешение кризисной ситуации происходит тогда, когда приспособление пациента к заболеванию связано не только с его адаптационными возможностями, но и, главным образом, с его личностной перестройкой.

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

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

стояния больного от врача-онколога требуются понимание переживаний пациента, эмпатия (сочувствие) и адекватное информирование.

Медицинский психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства: осознание чувств, переживаний — это первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. При этом используются навыки эмпатического и активного слушания, кризисная интервенция, различные арт-терапевтические техники, гештальт-терапия («сознательное осознание») и др.

В результате психоэмоциональное напряжение пациента снижается и происходит принятие себя как больного человека. Именно эмоциональное принятие болезни, формирование новой идентичности «Я - больной» позволяет пациенту в дальнейшем активно и ответственно лечиться.

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

Особое значение принадлежит контакту врача и пациента, свидетельствующему о том, что больной не одинок в процессе лечения. Именно на этой фазе отсутствие или недостаточное информирование пациента не только о самом заболевании, но и о различных методах лечения, возможных трудностях и последствиях его создает предпосылки обращения больных к ненаучным методам лечения. Обсуждение вопросов, связанных с заболеванием и его лечением, позволяет больному почувствовать свое участие в лечении: он имеет ощущение выбора и контроля. В этой связи от врача-онколога необходимы четкие и понятные рекомендации, как жить в условиях болезни и лечения.

Использование медицинским психологом техник релаксации, саморегуляции, направленного воображения, визуализации, внутреннего диалога дает возможность пациенту научиться в определенных пределах контролировать свое состояние и настроение, а также более целостно взглянуть на свою жизнь. Способность больного не только выражать, но и обсуждать свои чувства, позволяет психологу

использовать техники (в том числе гештальт-терапию), которые помогают обратиться к затаенным чувствам (например, обидам), научиться их принимать, что увеличивает диапазон реагирования пациента.

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

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

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

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

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

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что психологическая помощь онкологическому больному, осуществляемая врачом и медицинским психологом, — это разные виды психологической помощи, которые не заменяют, а дополняют друг друга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Прак. онкол. - 2009. - Т. 10. - № 3. - С. 151-157.
2. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестн. СПбГУ. - 2010. - Вып. 1. - Сер.12. - С. 91-100.
3. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестн. СПб университета. - 2010. - Вып. 1. - Сер. 12. - С. 185 – 191.
4. Holland J.C. Psychooncology: Where are we, and where are we going? // J. Psychosoc. Oncol. – 1992. – Vol. 10. - № 2. – P. 103-112.

V.A. Chulkova¹, E.V. Pestereva²

**Physician and medical psychologist:
complementary approaches
in providing psychological care to cancer
patient**

¹N.N. Petrov Research Institute of Oncology

²Russian Research Center for Radiology and Surgical
Technologies
St. Petersburg

In providing psychological care to an oncological patient a physician and a medical psychologist come from a variety of professional positions that require different approaches and methods. It is proposed a three-phase model of the dynamics of the psychological state of the person in the situation of cancer reflecting the process of psychological adaptation of a particular patient. Focusing on this model, the authors conclude that psychological care to cancer patient, performed by a doctor and a medical psychologist, are different kinds of psychological care that does not replace but complement each other.

Key words: cancer patient, physician, medical psychologist, professional position, psychological care in oncology.

Поступила в редакцию 22.03.2014 г.