

СЕМИГЛАЗОВА Т. Ю., ТКАЧЕНКО Г. А., ЧУЛКОВА В. А.
SEMIGLAZOVA T., TKACHENKO G., CHULKOVA V.

Психологические аспекты лечения онкологических больных

Цитирование: Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1. С. — 54–58.

DOI: 10.18027/2224–5057–2016–4s1-54–58

Резюме

Медицинский психолог — обязательный член мультидисциплинарной команды на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации онкологического больного. Взаимодействие с онкологическим больным требует от врача профессиональных психологических, коммуникативных навыков и включает в себя понимание психического состояния больного, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни. Работа медицинского психолога в онкологической клинике, основанная на разнообразных и индивидуальных психотерапевтических и психокоррекционных методах, способствует преодолению больными и их родственниками отрицательных поведенческих и эмоциональных последствий заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

онкологические больные, мультидисциплинарный подход, медицинский психолог, врач-онколог

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Семиглазова Татьяна Юрьевна — д.м.н., заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, профессор кафедры онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, e-mail: tsemiglazova@mail.ru

Ткаченко Галина Андреевна — к.псх.н, медицинский психолог Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, г. Москва, e-mail: mitg71@mail.ru

Чулкова Валентина Алексеевна — к.псх.н, медицинский психолог, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, доцент кафедры онкологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова и кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ, г. Санкт-Петербург, e-mail: vchulkova@mail.ru

*Больной — это всегда человеческая личность,
со всеми ее сложными переживаниями,
а отнюдь не безличный случай.*
Н. Н. Петров
«Вопросы хирургической деонтологии», 1945 г.

В последнее время в медицине крайне актуальна проблема приверженности пациента к лечению — комплаентности (от англ. compliance — согласие), оказывающей важнейшее влияние как на эффективность терапии, так и на качество жизни больного [1–11]. Необходимость учитывать приверженность больного к лечению особенно остро стоит и в онкологии. Новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредотачивают внимание врача на проводимом лечении и ответственности за его результат. При этом психологическая сторона заболевания: личность самого больного, его переживания и психоэмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, учитываются врачом в меньшей степени [12].

В процессе лечения врач непосредственно вступает в психологическое взаимодействие с больным. При онкологическом заболевании это взаимодействие даже больше, чем при любом другом, имеет значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию. Врач оказывается именно тем человеком, который наиболее компетентно и в наиболь-

шей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации болезни. От его слов и действий во многом зависит сама жизнь больного. Согласно исследованию, направленному на выявление социально-психологических нужд онкологических больных, наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между врачом и пациентом и только потом — психотерапевтическое и психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств — на третьем месте [9]. Таким образом, от врача-онколога требуется психологически грамотное профессиональное взаимодействие с больным. Отсутствие профессиональной подготовки к коммуникативной деятельности, которая является неотъемлемой частью работы любого врача, создает ряд трудностей во взаимоотношениях с онкологическими пациентами.

Отношения «врач-больной» асимметричны. Если положение больного является уникальным, нередко критическим, то для врача отношения с этим больным являются одними из многих отношений с больными, с которыми ему одновременно при-

ходится взаимодействовать в процессе лечения. Трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности. Такие взаимоотношения влияют не только на эмоциональное состояние больного, но и на самого врача, способствуя его эмоциональному выгоранию [10].

В ситуации условно «неблагополучного» психологического взаимодействия с пациентом врач с профессиональной позиции может переходить в сферу личных отношений. То есть, занимаясь профессиональной деятельностью, врач использует не профессиональные коммуникативные умения и навыки, а привычные навыки общения с людьми, которыми он пользуется в своей повседневной жизни.

Смещение с профессиональной позиции в сферу личных отношений повышает эмоциональную напряженность во взаимодействии врача с онкологическим больным, появляется основа для конфликта [10].

Разрешение этих проблем лежит в осознании врачом своей профессиональной позиции и в его стремлении к осознанным взаимоотношениям с пациентом.

В основе эффективного взаимодействия врача с онкологическим больным, оказывающего влияние на психическое и физическое самочувствие больного и определяющее его отношение к болезни и лечению, лежит несколько факторов.

ПОНИМАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Врачу-онкологу при взаимодействии с онкологическим больным необходимо понимать и учитывать ситуацию онкологического заболевания. При диагностировании злокачественной опухоли у человека разрушается «иллюзия бессмертности», возникает реальная угроза жизни, страх смерти является ядром переживаний онкологического больного. В связи с этим у него происходит разрушение привычной картины мира, которая содержит представления и убеждения человека о себе и окружающем мире, складывающиеся в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечающие потребности жить в безопасном для него мире. Иначе говоря, информация об онкологическом заболевании разрушает безопасное существование больного. При этом он ощущает утрату контроля над ситуацией, болезнью, лечением и жизнью в целом при неопределенном будущем. С позиций клинической психологии, ситуацию онкологического заболевания можно охарактеризовать не просто как стрессовую, а как экстремальную или кризисную ситуацию, для которых характерными являются сверхсильные предельные переживания. Именно предельность переживаний онкологического больного создает угрозу его психической травматизации, одним из проявлений которой является посттравматическое стрессовое расстройство, наблюдаемое примерно у пятой части всех онкологических пациентов.

Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных может включать следующие признаки:

- навязчивые повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием; любая боль или другие непонятные больному физические ощущения вызывают у него невротические и психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов;
- больной не может говорить о своем заболевании; встреча со специалистами, которые его лечили, вызывает слезы;

пациент выражает желание «все забыть», при этом он склонен изолироваться от других людей, не видит жизненной перспективы;

- трудности с засыпанием, раздражительность и вспышки гнева; затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень настороженности [7].

ПРОЯВЛЕНИЕ ЭМПАТИИ

(сочувствие и сострадание, безоценочное отношение)

Ситуация онкологического заболевания наполнена мучительными и сверхсильными переживаниями больного, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем, возникших или ставших актуальными в связи с болезнью. Врачу-онкологу в своей профессиональной деятельности приходится взаимодействовать не с обычным, а с глубоко страдающим пациентом, нуждающимся в эмоциональной поддержке, что становится возможным при наличии у врача эмпатии, которая является одним из основных коммуникативных качеств врача.

Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится — не нравится), эмпатия — это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет. Эмпатия позволяют врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведение пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется. Она может выражаться как на вербальном, так и на невербальном уровне.

АДЕКВАТНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ О БОЛЕЗНИ

(обследовании, диагнозе, лечении, возможных осложнениях лечения, дальнейшей жизни в условиях болезни)

Важнейшим аспектом взаимодействия врача с онкологическим больным является информирование больного, особенно в тех случаях, когда больной действительно хочет иметь информацию о болезни. Наличие достаточной информации помогает больному в формировании адекватного отношения к болезни. Скучная информация о заболевании (например, больному сообщается только диагноз), избегание вопросов, касающихся лечения и состояния больного, усиливают его тревогу, порождают страхи и могут создавать или усиливать симптомы болезни. По нашим данным [8], практически все больные признают руководящую роль врача в лечении — это и есть признак того, что больные сами не контролируют ситуацию заболевания и лечения. Врач, предоставляя больному адекватную информацию не только о диагнозе, но и обсуждая с ним план лечения, информируя его о целях проводимых исследований и процедур, создает у больного ощущение, что и сам больной участвует в лечении и тем самым в некоторой степени контролирует ситуацию. Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления и формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Многочисленные зарубежные и отечественные исследования свидетельствуют о положительном влиянии психологических методов терапии на улучшение эмоционального состояния больных, замедление прогрессирования заболевания, улучшения качества их жизни [5–12].

Несмотря на это, до сих пор некоторые онкологи недооценивают роль психолога в лечении больных, часто не обращая внимания на их психологические проблемы.

Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержке больного и его членов семьи в кризисной ситуации, обусловленной онкологическим заболеванием. Психологическая помощь направлена на принятие пациентом болезни, адаптации к ней и выработке соответствующих моделей поведения [2]. Таким образом, психологическая помощь направлена на улучшение качества жизни больного.

Постановка онкологического диагноза, госпитализация в специализированную клинику, лечение, сопровождающееся травматичной операцией, возможная последующая инвалидизация с вытекающими последствиями в семейной и профессиональной сферах являются тяжелейшим стрессом для любого человека.

В ответ на стрессовую ситуацию у большинства больных возникают психогенные реакции. На формирование психогенных реакций значительную роль оказывает отношение человека и его ближайшего окружения к заболеванию. Выраженность реакций зависит от многих факторов: возраста, пола, личностных особенностей, социального положения больного, а также от своевременности оказания психологической помощи. Если после лечения эмоциональное состояние больного мешает адаптации к новым условиям функционирования и жизнедеятельности организма, ухудшает качество его жизни, влияя на физическое и материальное благополучие, на взаимоотношения с другими людьми (по службе, с родственниками, детьми), на социальную активность, личностный (карьерный) рост, отдых — у пациентов сохраняется состояние хронического эмоционального стресса. Исходя из вышесказанного, можно однозначно утверждать, что данная категория пациентов остро нуждается в психологической помощи и поддержке.

Выделяют, как правило, несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: диагностический, этап поступления в стационар, предоперационный этап, послеоперационный этап, этап выписки, катамнестический этап [3]. На каждом из этих этапов цели и задачи психологической помощи, а также методы работы разные.

Во время проведения психологической работы целесообразно использовать комплексный подход, включающий психологическую диагностику, психологическое консультирование и психологическую коррекцию (индивидуальную и групповую), а также психологическую помощь семье больного (семейное консультирование).

Диагностический этап один из важнейших по выраженности реакций и по возможности определять их дальнейшую динамику. На этом этапе больной впервые сталкивается непосредственно с фактом подозрения или наличия у него онкологического заболевания и необходимостью дать согласие на обследование и лечение.

На этом этапе у большинства больных (до 90%) выявляются тревожно-депрессивные расстройства тяжелой и средней степени тяжести, причем у части пациентов отмечаются острые шоковые реакции [6, 8].

При отсутствии своевременной психологической помощи больным происходит трансформация отдельных проявлений психологического неблагополучия (личностных реакций) в устойчивые психические состояния, которые в дальнейшем существенно ухудшают психическое здоровье человека, ведут к глубокой деформации личности, что накладывает отпечаток на всю систему его жизнедеятельности.

Для снижения у больных эмоциональных расстройств и положительного влияния на соблюдение больными дальнейшего режима противоопухолевого лечения, повышения их личностной комплаентности используются следующие психокоррекционные мероприятия: для индивидуальной коррекции применяются личностно-ориентированные методы, которые включают, прежде всего, убеждение. Этот метод применяется к больным, обладающим высоким уровнем интеллектуального развития и способным самостоятельно или с незначительной помощью справиться с дистрессом, связанным с болезнью. Непременным условием является глубокие знания психолога в области онкологии, тесная связь с врачами-онкологами для совместного обсуждения вопросов, связанных с лечением заболевания.

На данном этапе эффективны методы когнитивной терапии, основной целью которой является изменение дезадаптивных убеждений относительно болезни и лечения, изменение дисфункционального поведения во время предстоящего лечения.

При поступлении в стационар происходит некоторое снижение переживаний, больной постепенно начинает адаптироваться к новой жизненной ситуации. На этом этапе на психологические реакции больного оказывают влияние различные факторы, как положительные, так и отрицательные. Положительными факторами являются начало лечения, внимание медицинского персонала, примеры выздоровления других пациентов. Отрицательным фактором является отрыв от семьи, чувство одиночества, рассказы других больных о неблагоприятном течении заболевания, осложнениях лечения. Обмен информацией, зачастую искаженной слухами, среди которой отрицательная (смерть во время или после операции, рецидивы заболевания) имеет особо тяжелый характер, что еще больше подавляет настроение больных.

С эмоциональными нарушениями тесно связаны изменения в когнитивной сфере, в которую входят внимание, умственная гибкость, скорость информационных процессов, зрительная память, моторные функции. У больных дистресс ассоциируется со снижением когнитивной функции, потерей концентрации, инсомнией.

Начатая ранее психологическая работа продолжается и направлена на снижение психического напряжения, коррекцию тревожно-депрессивного состояния, нормализацию настроения.

Для коррекции депрессивного состояния с успехом применяются арт-терапия, прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации, бинауральные ритмы, «символдрама».

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов. Объективность этих данных подтверждается психофизиологическими исследованиями.

На данном этапе рекомендована позитивная визуализация в состоянии релаксации — прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации («Natura Sound Therapy»). Данный метод эффективен для снятия боли, страха, общего напряжения, улучшения сна.

Помимо прослушивания звуков природы, нами также используются бинауральные ритмы. Эти ритмы улучшают функционирование мозга, поскольку помогают налаживать межполушарные нервные связи на нужной частоте. С помощью бинауральных ритмов становится возможным на необходимый период времени сформировать у пациента нужную (терапевтически целесообразную) активность мозга, а вместе с ней и терапевтически целесообразное состояние сознания, которому свойственна эта активность.

Эффективным психотерапевтическим методом при оказании помощи больным является «символдрама». Активная эмоциональная проработка нескольких, нужных именно этому человеку символов, имеет сильнейший психотерапевтический эффект. Задача психолога выяснить, какой образ ближе больному для проработки его проблемы и какой образ даст возможность ему почувствовать ресурс.

В предоперационном периоде наиболее серьезным травмирующим фактором является ожидание самой операции. До операции у всех больных, как правило, уровень тревоги повышен, что является в данном случае нормой. Как известно, в рамках предоперационного стресса существенную роль выполняет тревога. Вполне реальный риск непредвиденного летального исхода, страх «наркоза», страх «не проснуться» и т. д. ставят больного в особую травматичную ситуацию. На этом этапе несомненно важна значимость психологической работы. Основная задача психолога — изменить отношение больного к предстоящей операции и принять факт необходимости операции как единственную возможность спасти жизнь.

В послеоперационном периоде происходит некоторое облегчение всех переживаний больного. На этом этапе преобладают астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы. В сознании больного на передний план выступают страх осложнений, беспокойство в связи с последствиями операции, общая физическая утомляемость. Особые переживания вызывает ожидание гистологического заключения, которое определяет тактику дальнейшего лечения. Безусловно, в этот период важно психологически подготовить пациента к дальнейшему лечению, для чего используются все перечисленные методы психотерапии.

На этапе выписки значимых психопатологических состояний, как правило, не наблюдается. Иногда встречаются отдельные больные, которые испытывают высокий уровень тревоги и страх, которые связывают с отсутствием врачебного контроля в домашних условиях. В этот период важнейшим и принципиальным фактором, способствующим благоприятной адаптации больного, является семейная поддержка. Возвращение в семью может усугубить психическое состояние, если поведение близких людей не отвечает ожиданиям больного. При неадекватном отношении к нему больной оказывается изолированным от семьи и более широкого круга общения, изменяются его отношения с людьми, он оказывается в условиях социальной депривации. Поэтому немаловажным аспектом в работе психолога является оказание помощи и поддержки родственникам и близким больного, которые также находятся в состоянии стресса и испытывают порой даже большие переживания, чем сам больной.

Исследования, связанные с более отдаленной динамикой онкологического заболевания, выделяют два основных варианта адаптации больного: благоприятный и неблагоприятный. Благоприятный вариант проявляется в случае раннего обнаружения опухоли и своевременного лечения без косметических и функциональных нарушений, завершившего выздоровлением. В этом случае после незначительного восстановительного периода пациенты возвращаются к прежнему образу жизни, не обнаруживая признаков нервно-психических расстройств.

Неблагоприятный вариант развивается в случае длительного лечения, сопряженного тяжелыми осложнениями, косметическими дефектами (калечащие операции, алопеция (облысение) после химиотерапии и др.), анатомо-функциональными нарушениями вследствие хирургического вмешательства. В случаях выраженных психических расстройств необходима консультация психиатра.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Распространено мнение, что родственники должны сохранять внешнее спокойствие и самообладание, чтобы оказывать поддержку больному. Но это мнение ошибочно, потому что больной понимает неестественность этого состояния, и теряет доверие к близким людям. Часто родственники сами так напуганы, что постоянно говорят о болезни, ищут информацию среди знакомых, в интернете, постоянно расспрашивают врачей о возможных осложнениях лечения, прогнозе. Такое поведение еще больше расстраивает больного, и он теряет желание бороться с болезнью. Поддержка родных должна ощущаться как спокойная, сама собой разумеющаяся, основанная на вере в его выздоровление.

Психологическая помощь родственникам предполагает работу со страхами, изменение отношения к заболеванию, а главное, переключение внимания и родных, и самого больного (с помощью родственников) с болезни на каждодневные семейные заботы и дела. Чем больше больной будет вовлечен в обычную жизнь, тем спокойнее будет проходить лечение: чем постоянно бояться какой-то глобальной угрозы (смерти), лучше направить внимание на соблюдение режима сна и бодрствования, диету, прогулки, регулярное выполнение рекомендаций врача, на участии в посильных домашних делах, хобби, садоводство и пр.

Важно быть естественными, говорить с пациентом о его болях, страхах, переживаниях, только так можно помочь и поддержать больного. Главное, чтобы больной ощущал, что близкие все время рядом, помогают вместе, шаг за шагом, преодолеть болезнь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Взаимодействие с онкологическим больным требует от врача профессиональных психологических и коммуникативных навыков.
2. Эффективное взаимодействие врача-онколога с больным включает в себя понимание переживаний и психического состояния онкологического больного, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни.
3. Для эффективного осуществления психологической помощи медицинскому психологу необходимо знание специфики психических состояний онкологических больных и закономерности их протекания.
4. Медицинский психолог использует в работе разнообразные психотерапевтические и психокоррекционные методы, которые подбираются для каждого пациента индивидуально после предварительной беседы и клинико-психологической диагностики психического состояния.
5. Работа психолога в онкологической клинике способствует преодолению больными и их родственниками отрицательных поведенческих и эмоциональных последствий заболевания.
6. Медицинский психолог — обязательный член мультидисциплинарной команды на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации онкологического больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елфимова Е. В. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов // Заместитель главного врача. — 2009. — № 11. — С. 18–25.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. — 320с.
3. Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Чулкова В. А., Вагайцева М. В. Качество жизни с точки зрения врача и пациента. Материалы XIX Российского онкологического конгресса, М., 2015.
4. Семиглазова Т. Ю., Семиглазов В. В., Филатова Л. В., Криворотко П. В., Коларькова В. В., Семиглазов В. Ф. Качество жизни — важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2013. — № 1–2. — С. 17–22.
5. Карицкий А. П., Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Семиглазова Т. Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. Вопросы онкологии. — 2015. — № 2. — С. 180–184.
6. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н.. Развитие сибирской психоонкологии. — Томск: Изд-во Томского университета. 2008. — 198с.
7. Тарабрина Н. В., Ворона О. В., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. — М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 175 с. 8. Ткаченко Г. А., Седракия А. Н., Арутюнов С. Д., и др. Анализ эмоционального состояния больных злокачественными новообразованиями различной локализации. Паллиативная медицина и реабилитация. — 2010. — № 2. — С. 61–64.
9. Холланд Дж., Ватсон М. Psycho-Oncology // Сб. статей и материалов Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». — 2013 — С. 8–14.
10. Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е., Демин Е. В., Донских Р. В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники. Учебное пособие для врачей-онкологов — СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. — 2012. — 30 с. 11. Cumming, K. M. Interaction strategies to improve compliance wish medical regimens by ambulatory hemodialysis patients / K. M. Cumming, M. H. Beshar // Journal of behavioral medicine. — 1991. — Vol. 4. — № 1. — P. 111–119.
12. Thome S. E., Bultz B. D., Baile W. F. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature // Psycho-Oncology: special issue: Patient — Professional Communication. — 2005. — Vol. 14. — № 10. — P. 875–884.